LE DÉVELOPPEMENT EN MARCHE

Replacer la nutrition au cœur du développement

Une stratégie d'intervention à grande échelle





Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Replacer la nutrition au cœur du développement : une stratégie d'intervention à grande échelle

Traduction de : Repositioning nutrition as central to development.
En tête du titre : Le développement en marche.
Comprend des réf. bibliogr. et un index.
Publ. en collab. avec : Banque mondiale.

ISBN 978-2-89035-395-4

1. Aide économique – Pays en voie de développement. 2. Malnutrition – Pays en voie de développement. 3. Politique alimentaire – Pays en voie de développement. 4. Pauvreté – Pays en voie de développement. 5. Pays en voie de développement – Conditions économiques. I. Banque mondiale.

HC60.R4614 2007 363.8′56091724 C2007-940076-0



Les Éditions Saint-Martin bénéficient de l'aide de la SODEC pour l'ensemble de leur programme de publication et de promotion.

Les Éditions Saint-Martin sont reconnaissantes de l'aide financière qu'elles reçoivent du gouvernement du Canada qui, par l'entremise de son Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition, soutient l'ensemble de ses activités d'édition.

Montage : DVAG
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 1[er] trimestre 2007
Imprimé au Québec (Canada)

Publié par :
ÉDITIONS
SAINT-MARTIN
Filiale du réseau Coopsco

5000, rue Iberville, bureau 203
Montréal (Québec) H2H 2S6
Tél. : 514-529-0920
Téléc. : 514-529-8384
st-martin@qc.aira.com
www.editions-saintmartin.com

Table des matières

Tableaux

Figures

Encadrés

« Près de 4 millions de personnes meurent prématurément de malnutrition et de causes reliées chaque année en Inde. C'est plus que le nombre de gens qui ont péri durant toute la période de famine au Bengale. »

— Amartya Sen et Jean Drèze, *Hunger and Public Action*, 1989

« On évalue à 21 % la part du fardeau mondial de la maladie (mortalité et morbidité, données de 1990) qui pourrait être retirée dans les pays en développement en éliminant la malnutrition. Cela inclut uniquement les effets de la malnutrition sur la mortalité et la morbidité des groupes les plus vulnérables provoquées par les maladies infectieuses. Il s'agit donc d'une estimation conservatrice… »

— John Mason, Philip Musgrove et Jean-Pierre Habicht, 2003

« … les investissements dans les micronutriments ont des rendements plus élevés que ceux faits dans la libéralisation du commerce, dans la lutte contre le paludisme, ou dans les systèmes d'eau et d'hygiène publique… *Aucune autre technologie n'offre de meilleure occasion d'améliorer des vies à un coût aussi bas et dans un délai si rapproché.* »

— Consensus de Copenhague, 2004

« Les carences en micronutriments à elles seules pourraient coûter 2,5 milliards de dollars américains à l'Inde chaque année, et les pertes de productivité (pour le travail manuel seulement) causées par les retards de développement, la carence en iode et la carence en fer sont ensemble responsables pour une perte totale de 2,95 % du PIB. »

— S. Horton, 1999

« Les maladies non transmissibles comptent pour près de 60 % des 56 millions de décès annuels et pour 47 % du fardeau global de la maladie… Le fardeau de la mortalité, de la morbidité et des invalidités attribuable aux maladies non transmissibles est actuellement à son niveau le plus élevé et continue de croître dans les pays en développement, où 66 % des décès ont lieu… Les plus importants risques incluent l'hypertension artérielle, une concentration élevée de cholestérol dans le sang, une consommation insuffisante de fruits et légumes, un surplus de poids ou l'obésité, et l'inactivité physique, des facteurs qui sont tous reliés de près aux habitudes alimentaires et à l'activité physique. »

— Organisation mondiale de la santé, 2004

« En 2002, seules les régions de l'Asie de l'Est et du Pacifique, de l'Amérique latine et des Caraïbes comptaient moins de personnes sous-alimentées que 10 ans auparavant. »

— Banque mondiale, 2005a

« L'Afrique subsaharienne n'est en voie d'atteindre aucun des Objectifs du millénaire pour le développement… elle ne va nulle part pour ce qui est de l'objectif de réduire la faim – et elle est la seule région où la malnutrition infantile ne décroît pas… Et alors que la malnutrition dans la région (d'Asie du Sud) décline suffisamment pour atteindre la cible des OMD, *celle de l'Afrique subsaharienne demeure à des niveaux absolus très élevés* : presque la moitié des enfants de moins de cinq ans souffrent d'une insuffisance pondérale. »

— Banque mondiale, 2005b

« Une personne qui a faim est une personne en colère et dangereuse. Il est dans notre intérêt à tous de faire disparaître la cause de cette colère. »

— Olusegun Obasanjo, président du Nigeria, *The Guardian* (R.-U.), 23 juin 2005

Avant-propos

La malnutrition demeure l'un des problèmes de santé les plus sérieux dans le monde et la plus importante cause de mortalité infantile. Près du tiers des enfants dans les pays en développement souffrent soit d'une insuffisance pondérale, soit d'un retard de croissance, et plus de 30 % de la population de ces pays souffrent de carences en micronutriments. À moins que les politiques et les priorités soient modifiées, l'ampleur du problème fera en sorte d'empêcher de nombreux pays d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) – surtout en Afrique subsaharienne, où la malnutrition s'accroît, et en Asie du Sud, où la malnutrition est largement répandue et où la situation ne s'améliore que lentement.

Le problème de la malnutrition se présente également sous de nouvelles facettes. L'épidémie d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT) liées aux habitudes alimentaires dans les pays développés se répand dans les pays en développement. De nombreux pays plus démunis commencent à subir le double fardeau de la dénutrition et de l'obésité. Ce phénomène, que certains ont surnommé la « transition nutritionnelle », signifie que les systèmes de santé nationaux doivent maintenant supporter les coûts élevés des traitements des MNT liées aux habitudes alimentaires en même temps qu'ils luttent contre la dénutrition et les maladies transmissibles traditionnelles. La malnutrition est également liée à la pandémie du VIH/sida qui prend de l'ampleur ; la malnutrition rend les adultes plus susceptibles de contracter le virus, alors qu'une alimentation inadéquate du nourrisson facilite sa transmission de la mère à l'enfant ; on a de plus constaté que la malnutrition réduit l'efficacité des médicaments antirétroviraux.

Deux développements, l'un négatif et l'autre positif, ont mené à l'élaboration de ce rapport dans les circonstances actuelles. Le premier est la prise de conscience croissante sur le plan international du fait que plusieurs OMD ne pourront être atteints à moins que l'on s'attaque au problème de la malnutrition, et que cette négligence continue du problème de la malnutrition par la communauté du développement pourrait annihiler d'autres efforts internationaux dans les domaines de la santé et de la réduction de la pauvreté. Le second développement est l'accumulation de preuves désormais incontestables qu'il existe des solutions réalisables au problème de la malnutrition et

qu'elles constituent d'excellents investissements économiques. Le Consensus de Copenhague auquel sont parvenus d'éminents économistes en mai 2004 (incluant plusieurs lauréats de prix Nobel) a conclu que les rendements qui découlent d'investissements dans des programmes de micronutriments ne sont surpassés que par ceux de la lutte contre le VIH/sida dans la longue liste des façons de soutenir les défis des pays en développement. D'autres interventions liées à la nutrition se situent parmi la douzaine de propositions les plus efficaces.

On a de plus des indications claires du fait que les principaux dommages causés par la malnutrition surviennent durant la grossesse et les deux premières années de la vie de l'enfant ; que ces dommages sont irréversibles ; qu'ils entraînent des capacités intellectuelles et physiques réduites, ce qui a pour effet de diminuer la productivité, ralentir la croissance économique et perpétuer la pauvreté ; et enfin que la malnutrition se transmet de génération en génération parce que les mères qui souffrent d'un arrêt prématuré de croissance sont plus susceptibles d'avoir des enfants qui présentent une insuffisance pondérale. Ce document met l'accent sur l'importance de prévenir et de traiter la malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans afin de briser ce cycle. Les programmes d'alimentation scolaire – souvent décrits comme des interventions liées à la nutrition – peuvent aider les enfants à aller à l'école et à y rester, mais ils ne s'attaquent pas aux sources du problème de malnutrition.

Ce rapport soutient qu'il existe des approches longues et des approches courtes pour améliorer la nutrition. Des revenus plus élevés et une meilleure sécurité alimentaire font en sorte d'améliorer la nutrition sur le long terme, mais la malnutrition n'est pas simplement le résultat de l'insécurité alimentaire ; nombre d'enfants qui vivent dans un environnement caractérisé par la sécurité alimentaire présentent une insuffisance pondérale ou un retard de croissance en raison de mauvaises pratiques en matière d'alimentation et de soins des nourrissons, d'un accès limité aux soins de santé et de mauvaises conditions d'hygiène. Il faudrait accorder beaucoup plus d'attention aux stratégies courtes d'amélioration de la nutrition en éduquant les gens à se maintenir en santé et à bien se nourrir et en fournissant des programmes de suppléments et d'enrichissement en micronutriments. On doit par ailleurs se préoccuper beaucoup plus des questions liées à la condition féminine telles que la façon dont les femmes enceintes prennent soin d'elles-mêmes et de leurs enfants. Des transferts monétaires conditionnels, lorsqu'ils sont accompagnés d'une amélioration dans la qualité et l'accès aux services, sont une bonne façon d'amener les personnes pauvres à utiliser les services de nutrition. Ce rapport fournit un cadre pour aider les pays à choisir les interventions liées à la nutrition les plus appropriées selon les circonstances. Il présente également des données épidémiologiques dans un mode facile à utiliser pour aider les partenaires du développement à établir un ordre de priorité parmi les pays à appuyer, tout en soulignant que ce sont l'engagement et la capacité du

pays – de même que les besoins – qui devraient déterminer les investissements prioritaires.

L'amélioration de la nutrition ne se fera pas uniquement par des investissements additionnels. Il est tout aussi important de mener de solides analyses de politique publique, de s'assurer que les politiques de nutrition sont arrimées aux interventions en matière de nutrition, et de développer la capacité appropriée et les aménagements institutionnels nécessaires pour gérer les programmes de nutrition. Les progrès ne pourront se faire sans un engagement renforcé à s'attaquer à la malnutrition et sans l'établissement de nouveaux partenariats pour y arriver – des partenariats entre les gouvernements, les communautés et les organisations non gouvernementales ; entre les gouvernements et la communauté des partenaires du développement ; et entre les gouvernements et les entreprises privées, qui joueront un rôle central dans l'enrichissement des aliments et la prise de responsabilité pour le contenu nutritionnel des friandises et de la nourriture rapide.

La disparition de la malnutrition extrême posera les fondements qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être de la génération actuelle et de faire bénéficier les générations futures tout au long du XXIe siècle. La nutrition est la véritable assise d'une réduction durable de la pauvreté. Elle continue malgré tout d'être négligée. Il est temps d'élargir la prise de conscience des défis mondiaux liés à la nutrition – ainsi que ses liens avec la santé et le développement durable – et des nouvelles occasions de réaliser des progrès à l'échelle mondiale.

Ce rapport a été rédigé d'abord et avant tout pour la communauté des partenaires du développement international, de même que pour ceux qui, au sein des gouvernements et de la société civile, sont concernés par les interventions visant à améliorer la nutrition. Il fournit un cadre global pour l'action et complète des analyses similaires menées par les divisions régionales pour l'Afrique et l'Asie du Sud de la Banque mondiale. Il est à souhaiter que ce rapport relance la discussion sur les façons de combattre la malnutrition ; qu'il encourage la communauté du développement à réévaluer la priorité qu'elle accorde à la nutrition ; et qu'il mène à un accord sur de nouvelles façons pour les parties prenantes de travailler ensemble et sur un engagement renouvelé au niveau mondial à utiliser à grande échelle les façons éprouvées de s'attaquer à la malnutrition.

Alors que la Banque mondiale se prépare à accorder une visibilité plus grande à la nutrition parmi les objectifs du développement, ce rapport nous permet de souligner l'importance d'investir dans la nutrition.

Jacques BAUDOUY
Directeur du département Santé, Nutrition et Population
Réseau du développement humain

Jean-Louis SARBIB
Premier vice-président
Réseau du développement humain

Remerciements

Ce document a été produit par une équipe sous la direction de Meera Shekar, avec Richard Heaver et Yi-Kyoung Lee. Le processus de révision des concepts a été assuré par Milla McLachlan. Judith McGuire et Savitha Subramanian ont contribué de façon substantielle au document. Kei Kawabata (administrateur sectoriel du département Santé, Nutrition et Population) a fourni des conseils et un appui très utile pendant tout le processus de production du rapport.

Les auteurs remercient Jean-Louis Sarbib, premier vice-président du Réseau du développement humain de la Banque mondiale, et Jacques Baudouy, directeur du département Santé, Nutrition et Population, pour leur appui stratégique dans le repositionnement du programme de nutrition au sein de la Banque mondiale.

Des commentaires détaillés ont été fournis lors de révisions par les pairs de plusieurs versions du rapport, notamment par Jere Behrman (University of Pennsylvania), Alan Berg, Venkatesh Mannar (Initiative Micronutriments), David Pelletier (Cornell University), Ellen Piwoz (Academy for Educational Development/Linkages), et Richard Skolnik (U. S. President's Emergency Fund for AIDS Relief), ainsi que par Harold Alderman, Shanta Devarajan, John Fiedler, Paul Gertler, Michele Gragnolati, Keith Hansen, Kees Kostermans, Kathy Lindert, Claudia Rokx, Richard Seifman et Susan Stout de la Banque mondiale.

Plusieurs autres collègues ont participé aux réunions d'examen et ont offert des suggestions et eu des réactions additionnelles durant la rédaction du rapport : Catherine Le Galès Camus (Organisation mondiale de la santé), Denise Coitinho (WHO), Frances Davidson (USAID), Stuart Gillespie (IFPRI), Marcia Griffiths (The Manoff Group), Rainer Gross (UNICEF), Jean-Pierre Habicht (Cornell University), Lawrence Haddad (Institute for Development Studies), Carol Marshall (Initiative Micronutriments), Roger Shrimpton (Comité permanent des Nations unies sur la nutrition) et Lisa Studdert (Banque asiatique de développement), de même que Anabela Abreu, Jock Anderson, Lynn Brown, Barbara Bruns, Derek Byerlee, Mariam Claeson, Carlo Del Ninno, Jed Friedman, Rae Galloway, Charles Griffin, Pablo Gottret, Sabrina Huffman, Emmanuel

Jimenez, Lucia Kossarova, Antonio Lim, Akiko Maeda, Tawhid Nawaz, Willyanne Del Cormier Plosby, Meera Priyadarshi, Julian Schweitzer, Suneeta Singh, Kimberly Switlick, Chris Walker et Evangeline Javier de la Banque mondiale.

La correction du rapport a été assurée par Bruce Ross-Larsen et son équipe chez Communications Development Inc.

Des conseils ont été obtenus lors de consultations avec les partenaires du développement.

Le travail a été en partie appuyé par une généreuse contribution du gouvernement des Pays-Bas au moyen d'une bourse offerte à la Banque mondiale par le Programme de partenariat entre la Banque mondiale et les Pays-Bas.

Acronymes et abréviations

AED	Academy for Educational Development
AVAI	Années de vie ajustées sur l'incapacité [*Disability-adjusted life years (DALY)*]
BAsD	Banque asiatique de développement
BASICS	Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant
BINP	Projet de nutrition intégré du Bangladesh (*Bangladesh Integrated Nutrition Project*)
CPNUN	Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition
DCC	Développement conduit par les communautés
FANTA	Assistance technique pour la nutrition et l'alimentation
GAIN	Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (*Global Alliance for Improved Nutrition*)
HKI	Helen Keller International
ICDS	Programme intégré de services au développement de l'enfance – Inde (*Integrated Child Development Services Program*)
IDA	Anémie causée par une carence en fer (*Iron Deficiency Anemia*)
IDD	Troubles liés à la carence en iode (*Iodine Deficiency Disorders*)
IMC	Indice de masse corporelle
MAP	Programme plurinational de lutte contre le sida (*Multi-country HIV/AIDs Program*)
MNT	Maladies non transmissibles
MPÉ	Malnutrition protéino-énergétique
PAM	Programme alimentaire mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PRSC	Crédits d'appui à la stratégie de lutte contre la pauvreté (*Poverty Reduction Strategy Credits*)
PRSP	Documents de stratégies de réduction de la pauvreté (*Poverty Reduction and Strategy Papers*)
PSIA	Analyses de la pauvreté et de l'impact social (*Poverty and Social Impact Analyses*)
SWAp	Approche sectorielle (*Sectorwide approach*)
TINP	Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu (*Tamil Nadu Integrated Nutrition Project*)
TVA	Taux de variation annuelle
VAD	Carence en vitamine A (*Vitamin A Deficiency*)
U5MR	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
WABA	Alliance mondiale pour l'allaitement maternel
$	Les dollars sont indiqués en devise américaine

Glossaire

Anémie — Taux insuffisant d'hémoglobine dans le sang, qui se manifeste par une qualité et une quantité réduites de globules rouges ; la moitié des cas d'anémie dans le monde sont causés par une carence en fer.

Carence en vitamine A — Concentration de vitamine A dans les tissus suffisamment basse pour avoir des conséquences néfastes sur la santé : morbidité et mortalité accrues, mauvaise santé reproductive, croissance et développement ralentis, même si aucune déficience clinique n'est observée.

Dénutrition — Mauvaise nutrition, qui peut survenir en relation avec une infection. Les trois indices les plus souvent utilisés pour déterminer la dénutrition infantile sont la taille pour âge, le poids pour âge et le poids pour taille. Chez les adultes, la dénutrition correspond à un IMC inférieur à 18,5.

Dépérissement (mesuré en poids pour taille) — Poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres carrés) se situant à deux écarts-types en dessous de la référence internationale. Cette mesure décrit un processus marqué récent ou en cours menant à une diminution importante de poids, qui découle habituellement d'une pénurie majeure de nourriture ou d'une maladie grave. Elle est couramment utilisée comme indicateur de dénutrition chez les enfants et est particulièrement utile lors de situation d'urgence comme des famines.

Écart-type (Score Z) Écart observé dans la valeur d'une caractéristique individuelle par rapport à la valeur médiane d'une population de référence, divisé par l'écart-type dans la population de référence.

Faible poids à la naissance Poids à la naissance inférieur à 2 500 g.

Indice de masse corporelle (IMC) Poids corporel en kilogrammes divisé par la taille en mètres carrés (kg/m^2). Il s'agit d'un indice de « grosseur ». Autant un IMC élevé (surcharge pondérale, IMC supérieur à 25) qu'un IMC bas (maigreur, IMC inférieur à 18,5) sont considérés comme inadéquats.

Insuffisance pondérale Mesure basse du rapport poids pour âge, c'est-à-dire se situant à deux écarts-types en dessous de la référence internationale. Cela se traduit par un retard de croissance ou un dépérissement et est un indicateur de dénutrition.

Malnutrition Différentes formes de mauvaise nutrition provoquées par une série complexe de facteurs incluant des habitudes alimentaires inadéquates, des infections et des facteurs socioculturels. L'insuffisance pondérale ou le retard de croissance, la surcharge pondérale, ainsi que les carences en micronutriments, constituent des formes de malnutrition.

Obésité Excès de masse adipeuse, généralement mesuré par l'IMC. La référence internationale pour classifier un individu comme obèse est un IMC supérieur à 30.

Retard de croissance (mesuré en taille pour âge) Déficit dans l'atteinte du potentiel de croissance linéaire à cause d'une nutrition inadéquate ou d'une santé faible. Cette situation implique une dénutrition ou une mauvaise santé à long terme et correspond à un poids pour âge se situant à deux écarts-types en dessous de la référence internationale. Le retard de croissance est habituellement un bon indicateur d'une dénutrition à long terme chez

les jeunes enfants. Pour les enfants de moins de 12 mois, la longueur dans une position couchée est utilisée plutôt que la taille.

Surcharge pondérale

Poids excessif par rapport à la taille, généralement mesuré par l'IMC chez les adultes (voir plus haut). La référence internationale pour les adultes est la suivante :

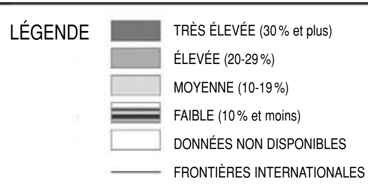
- 25-29,99 pour le grade I (surpoids)
- 30-39,99 pour le grade II (obésité)
- >40 pour le grade III

Pour les enfants, la surcharge pondérale correspond à un poids pour taille se situant à deux écarts-types au-dessus de la référence internationale.

Troubles attribuables à une carence en iode

Tous les effets néfastes d'une carence en iode au sein d'une population qui peuvent être évités en s'assurant que cette population consomme suffisamment d'iode. Ces troubles incluent le goitre, l'hyperthyroïdie, des facultés mentales affaiblies, des enfants morts à la naissance, des avortements, des anomalies congénitales et le crétinisme neurologique.

Carte 1.1 Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans



Gravité de la malnutrition : pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

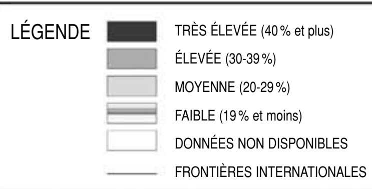
Cette carte a été produite par l'Unité de conception cartographique de la Banque mondiale. Les couleurs, dénominations et autres informations contenues dans cette carte n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale en ce qui a trait au statut juridique de quelque territoire que ce soit, si aucun appui ou acceptation des limites territoriales.

Source des données : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la nutrition chez les enfants.

JULY 2005

IBRD 34045

Carte 1.2 Prévalence mondiale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



Gravité de la malnutrition : pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance

Cette carte a été produite par l'Unité de conception cartographique de la Banque mondiale. Les couleurs, dénominations et autres informations contenues dans cette carte n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale en ce qui a trait au statut juridique de quelque territoire que ce soit, si aucun appui ou acceptation des limites territoriales.

Source des données : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la nutrition chez les enfants.

Carte 1.3 Prévalence mondiale de la carence en vitamine A et taux de couverture du programme de supplémentation de la vitamine A

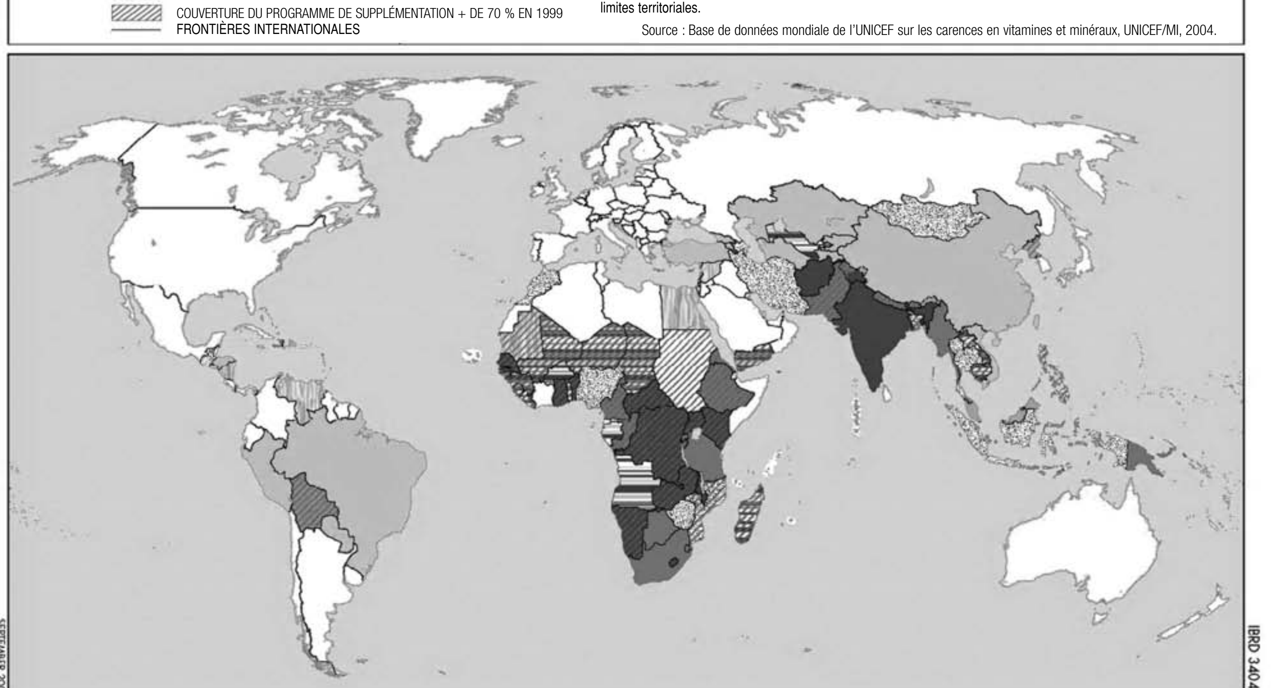
LÉGENDE

- 50 % et plus
- 40-49 %
- 30-39 %
- 20-29 %
- 10-19 %
- 0-9 %
- DONNÉES NON DISPONIBLES
- COUVERTURE DU PROGRAMME DE SUPPLÉMENTATION + DE 70 % EN 1999
- FRONTIÈRES INTERNATIONALES

Proportion estimée d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence infraclinique en vitamine A
(La carence infraclinique en vitamine A chez les enfants de moins de 6 ans est considérée comme un problème modéré de santé publique lorsqu'elle est inférieure à 10 %.)

Cette carte a été produite par l'Unité de conception cartographique de la Banque mondiale. Les couleurs, dénominations et autres informations contenues dans cette carte n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale en ce qui a trait au statut juridique de quelque territoire que ce soit, si aucun appui ou acceptation des limites territoriales.

Source : Base de données mondiale de l'UNICEF sur les carences en vitamines et minéraux, UNICEF/MI, 2004.



Carte 1.4 Prévalence mondiale des troubles liés à la carence en iode et taux de couverture du programme de distribution du sel iodé

LÉGENDE

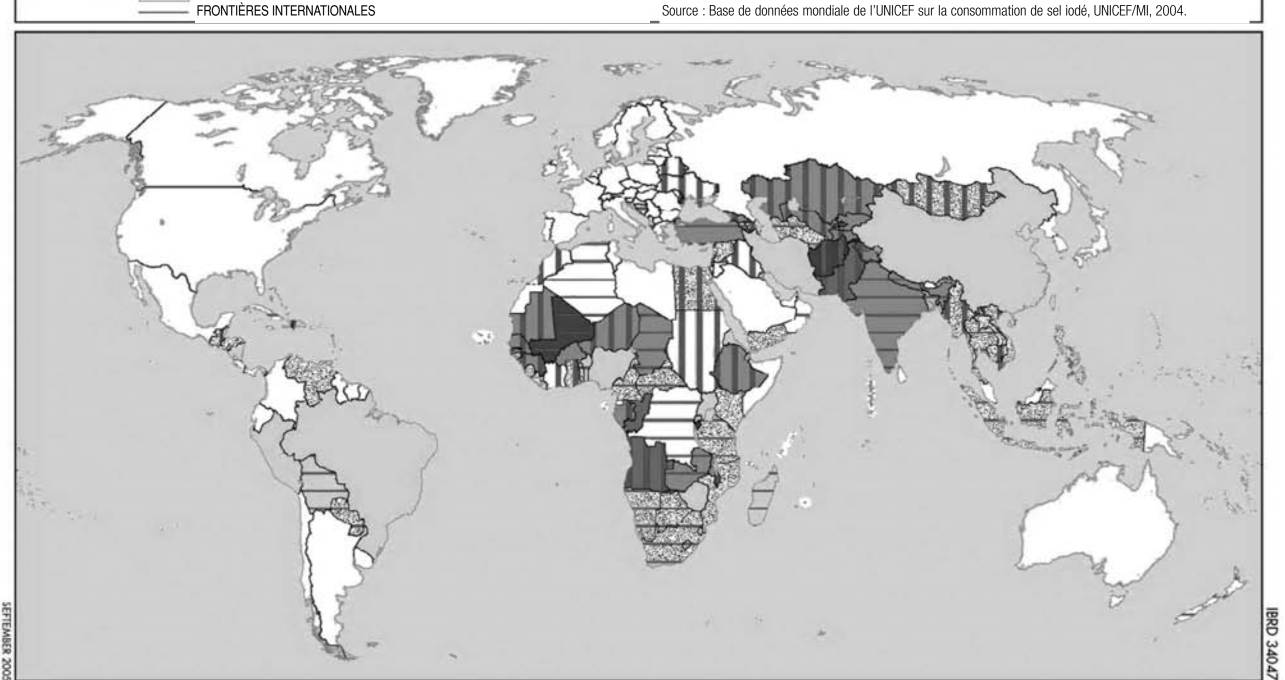
- 40 % et plus
- 30-39 %
- 20-29 %
- 10-19 %
- 0-9 %
- DONNÉES NON DISPONIBLES
- MÉNAGES OÙ L'ON CONSOMME DU SEL IODÉ (1998-2002) : 49 % ET MOINS
- MÉNAGES OÙ L'ON CONSOMME DU SEL IODÉ (1998-2002) : 50-89 %
- FRONTIÈRES INTERNATIONALES

Pourcentage total d'individus touchés par le goitre

(Le goitre est considéré comme un problème modéré de santé publique lorsque le pourcentage d'individus affectés est inférieur à 10 %.)

Cette carte a été produite par l'Unité de conception cartographique de la Banque mondiale. Les couleurs, dénominations et autres informations contenues dans cette carte n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale en ce qui a trait au statut juridique de quelque territoire que ce soit, si aucun appui ou acceptation des limites territoriales.

Source : Base de données mondiale de l'UNICEF sur la consommation de sel iodé, UNICEF/MI, 2004.



Vue d'ensemble

Il est connu de longue date que la malnutrition nuit à la croissance économique et perpétue la pauvreté. Pourtant, au cours des dernières décennies, la communauté internationale et la plupart des gouvernements des pays en développement ne se sont pas attaqués à la malnutrition, même s'il existe pour cela des approches qui ont fait leurs preuves. Aujourd'hui, les conséquences de cette inaction se constatent dans l'insuffisance des progrès accomplis par la communauté mondiale pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et, de manière plus générale, pour réduire la pauvreté. La malnutrition chronique contribue à la non-réalisation généralisée du premier OMD – réduction de moitié de la pauvreté et de la faim – ainsi que des autres objectifs liés à la santé des mères et des enfants, à la lutte contre le VIH/sida, à l'éducation, et à l'égalité entre les sexes. Le choix est désormais clair entre continuer à ne pas agir comme l'a fait la communauté internationale plus d'une décennie durant dans le cas du VIH/sida, ou placer enfin la nutrition au cœur du développement, pour pouvoir ainsi réaliser tout un ensemble de progrès d'ordre économique et social qui en dépendent.

Trois raisons justifiant d'intervenir en faveur de la réduction de la malnutrition

Rentabilité économique élevée ; impact considérable sur la croissance économique ; et réduction de la pauvreté

Le rendement d'un investissement dans la nutrition est très élevé. Le Consensus de Copenhague a conclu que de 17 potentiels investissements pour le développement, les interventions dans le domaine de la nutrition produisaient l'un des taux de rendement les plus élevés (tableau 1). Les investissements dans les micronutriments ont été jugés supérieurs à ceux consacrés à la libéralisation des échanges, à la lutte contre le paludisme, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Les programmes

Tableau 1 Le Consensus de Copenhague classe l'apport de micronutriments comme l'un des meilleurs investissements

Classement	*Défi*	*Possibilités de développement*
Très bon	1. Maladies	Contrôler le VIH/sida
	2. Malnutrition et faim	Fournir des micronutriments
	3. Subventions et commerce	Libéraliser le commerce
	4. Maladies	Contrôler le paludisme
Bon	5. Malnutrition et faim	Développer de nouvelles technologies agricoles
	6. Hygiène publique et eau	Développer des technologies aquatiques à petite échelle
	7. Hygiène publique et eau	Mettre en place des systèmes gérés par la communauté
	8. Hygiène publique et eau	Effectuer des recherches sur l'utilisation de l'eau dans l'agriculture
	9. Gouvernement	Réduire les coûts pour les nouvelles entreprises
Moyen	10. Migration	Réduire les barrières à la migration
	11. Malnutrition et faim	Améliorer la nutrition des nourrissons et des enfants
	12. Maladies	Accroître la fourniture de soins de santé de base
	13. Malnutrition et faim	Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance
Faible	14-17. Climat/migration	Variés

Source : Bhagwati *et al.*, 2004.

communautaires ciblant les enfants de moins de cinq ans sont également efficaces, en termes de coûts, pour prévenir la dénutrition.

De manière générale, les ratios avantages-coûts des interventions en matière de nutrition varient de 5 à 200 (tableau 2).

La malnutrition freine la croissance économique et perpétue la pauvreté par le jeu de trois facteurs : les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique ; les pertes indirectes attribuables à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation ; et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les coûts économiques de la malnutrition sont considérables : les pertes de productivité chez les individus sont estimées à plus de 10 % des gains de toute une vie, et les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3 %. Il s'ensuit que l'amélioration de la nutrition est autant – ou plus – un problème d'économie que de bien-être de la société, de protection sociale et de droits de l'homme.

Tableau 2 Ratios avantages-coûts des programmes de nutrition

Programme d'intervention	*Coût-bénéfice*
Promotion de l'allaitement au sein dans les hôpitaux	5-67
Programmes intégrés de soins pédiatriques	9-16
Programme de suppléments en iode (femmes)	15-520
Programme de supplément en vitamine A (enfants de moins de 6 ans)	4-43
Programme d'enrichissement en fer (par habitant)	176-200
Programme de suppléments en fer (par femme enceinte)	6-14

Source : Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.

La réduction de la dénutrition et de la malnutrition par carence en micronutriments entraîne un recul de la pauvreté, celui-ci étant pris dans son sens large qui englobe le développement humain et la formation du capital humain. Mais la dénutrition est par ailleurs étroitement liée à la pauvreté monétaire. La prévalence de la malnutrition est souvent deux à trois fois – parfois davantage – plus élevée dans le quintile de revenu le plus faible que dans celui de revenu le plus élevé. Cela signifie que l'amélioration de la nutrition est une stratégie favorable aux pauvres, qui accroît de manière disproportionnée leur potentiel de gain de revenu.

L'amélioration de la nutrition est indispensable pour réduire la pauvreté absolue. Cette exigence est évidente dans la définition du premier OMD qui a trait à l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim. La double cible de cet objectif est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015 :

- la proportion de personnes dont le revenu est de moins de 1 dollar par jour ;
- la proportion de personnes souffrant de famine (telle qu'elle est mesurée par le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale).

La première cible renvoie à la pauvreté monétaire et la deuxième, à la pauvreté non monétaire. L'indicateur clé utilisé pour mesurer les progrès accomplis dans la poursuite de l'objectif d'élimination de la pauvreté non monétaire est la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants (de moins de cinq ans). Par conséquent, l'amélioration de la nutrition constitue en elle-même une cible visée par les OMD. Or, dans la plupart des évaluations des progrès vers la réalisation des OMD, on s'est intéressé principalement à la cible relative à la pauvreté monétaire, et en général le pronostic est que la plupart des pays sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif ayant trait à la pauvreté. Cependant, sur 143 pays, seuls 34 (24 %) sont en bonne voie pour atteindre l'objectif lié à la pauvreté non monétaire (OMD en matière de nutrition) (figure 1). En Asie du Sud, où le taux de dénutrition est le plus élevé, aucun pays ne réalisera cet OMD – même si le Bangladesh s'approchera du but et que l'Asie atteindra celui-ci dans l'ensemble. Chose plus alarmante encore, la situation nutritionnelle se détériore dans 26 pays,

Figure 1 Progrès accomplis pour atteindre la cible relative à la pauvreté monétaire

En voie d'accomplissement (24 %)

Afrique (7)
Angola
Bénin
Botswana
Gambie
Mauritanie
Tchad
Zimbabwe

Asie de l'Est et Pacifique (5)
Chine
Indonésie
Malaisie
Thaïlande
Vietnam

Europe et Asie centrale (6)
Arménie
Croatie
Kazakhstan
Kyrghistan
Roumanie
Turquie

Amérique latine et Caraïbes (10)
Bolivie
Chili
Colombie
Guyane
Haïti
Jamaïque
Mexique
Pérou
Rép. dominicaine
Venezuela

Moyen-Orient et Afrique du Nord (6)
Algérie
Égypte
Iran
Jordanie
Syrie
Tunisie

Asie du Sud (0)

Quelques améliorations, mais l'objectif reste hors d'atteinte

Afrique (14)
Côte d'Ivoire
Érythrée
Gabon
Ghana
Kenya
Madagascar
Malawi
Mozambique
Nigéria
Ouganda
Rép. centrafricaine
Rép. dém. du Congo
Rwanda
Sierra Leone

Asie de l'Est et Pacifique (3)
Cambodge
Laos
Philippines

Europe et Asie centrale (0)

Amérique latine et Caraïbes (4)
El Salvador
Guatemala
Honduras
Nicaragua

Moyen-Orient et Afrique du Nord (1)
Maroc

Asie du Sud (4)
Bangladesh*
Inde
Pakistan
Sri Lanka

Situation qui se détériore (18 %)

Afrique (13)
Burkina Faso
Cameroun
Îles Comores
Éthiopie
Guinée
Lesotho
Mali
Niger
Sénégal*
Soudan
Tanzanie*
Togo
Zambie

Asie de l'Est et Pacifique (2)
Mongolie
Myanmar

Europe et Asie centrale (4)
Albanie
Azerbaïdjan
Féd. de Russie
Serbie et Monténégro

Amérique latine et Caraïbes (3)
Argentine
Costa Rica
Panama

Moyen-Orient et Afrique du Nord (2)
Irak
Rép. du Yémen

Asie du Sud (2)
Maldives
Népal

Aucune donnée disponible sur la tendance (40 %)

Afrique (14)
Burundi
Cap-Vert
Rép. du Congo
Guinée équatoriale
Guinée
Guinée-Bissau
Île Maurice
Libéria
Namibie
São Tomé-et-Principe
Seychelles
Somalie
Afrique du Sud
Swaziland

Asie de l'Est et Pacifique (11)
Îles Fidji
Kiribati
Îles Marshall
États fédérés de Micronésie
Palau
Papouasie–Nouvelle-Guinée
Samoa
Îles Salomon
Timor-Leste
Tonga
Vanuatu

Europe et Asie centrale (17)
Belarus
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
ERY de Macédoine
Estonie
Géorgie
Hongrie
Lettonie
Lituanie
Moldavie
Pologne
Rép. slovaque
Rép. tchèque
Tadjikistan
Turkménistan
Ukraine
Ouzbékistan

Amérique latine et Caraïbes (12)
Belize
Brésil
Dominique
Équateur
Grenade
Paraguay
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent
Surinam
Trinité-et-Tobago
Uruguay

Moyen-Orient et Afrique du Nord (2)
Djibouti
Liban

Asie du Sud (2)
Afghanistan
Bhoutan

Source : Calculs de l'auteur. Voir également l'annexe technique 5.6.
Note : Tous les calculs sont basés sur des données de tendance de 1990-2002 de la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants de l'OMS (en date d'avril 2005). Les astérisques indiquent les pays qui ont subséquemment dévoilé des données préliminaires issues d'enquêtes sur la santé et la démographie qui laissent entrevoir une amélioration. Ces pays pourraient donc être classifiés dans une autre catégorie lorsque leurs données seront officiellement publiées.



Figure 2 Prévalence et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, 1980–2005

Source : De Onis *et al.*, 2004a, 2004b.
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

dont bon nombre se trouvent en Afrique où le VIH et la dénutrition ont des liens particulièrement solides et se renforcent mutuellement. En outre, dans 57 pays, on ne dispose d'aucune donnée tendancielle pour déterminer si des progrès ont été accomplis. Dans tout effort visant à faire reculer la pauvreté, il est clairement essentiel d'accroître l'attention accordée à cette cible relative à la pauvreté non monétaire.

La forme et l'ampleur alarmantes du problème de la malnutrition

La malnutrition est désormais un problème auquel font face aussi bien les pays pauvres que les pays riches, les populations les plus pauvres étant les plus touchées dans les deux groupes de pays. Dans les pays développés, le phénomène de l'obésité devient rapidement plus courant, surtout au sein des

Figure 3 Tendances prévues du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 1990–2015

Nbre d'enfants présentant une insuffisance pondérale (en millions)

180
150
120
90
60
30
0

1990
1995
2000
2005
2010
2015

Afrique
Asie
Amérique latine et Caraïbes
Pays en voie de développement
Pays développés

Source : De Onis *et al.*, 2004a, 2004b.
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

populations les plus pauvres, et il s'accompagne d'une épidémie de maladies non transmissibles liées aux habitudes alimentaires, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, d'où l'augmentation des coûts des soins de santé et la réduction de la productivité. Dans les pays en développement, malgré le caractère chronique de la dénutrition généralisée et de la carence en micronutriments, l'obésité apparaît aussi rapidement comme un problème. Dans les pays en développement et les pays développés, on retrouve désormais au sein d'un même ménage des enfants présentant une insuffisance pondérale et des adultes affichant un excédent de poids.

Près du tiers des enfants du monde en développement continuent de souffrir d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance, et 30 % de la population du monde en développement continue de souffrir de carence en micronutriments. Cette situation est toutefois en évolution (figure 2) :

- En Afrique subsaharienne, le phénomène de la malnutrition prend de l'ampleur. La malnutrition et le VIH/sida se renforcent mutuellement, aussi le succès des programmes de lutte contre le VIH/sida en Afrique dépend-il en partie du redoublement de l'attention accordée à la nutrition.
- En Asie, la malnutrition est en recul, mais l'Asie du Sud a encore les plus forts taux et les nombres les plus élevés d'enfants mal nourris. Contrairement aux idées répandues, les taux de prévalence de la dénutrition dans les pays populeux d'Asie du Sud – Inde, Bangladesh, Afghanistan, Pakistan – sont beaucoup plus élevés (de 38 à 51 %) que ceux de l'Afrique subsaharienne (26 %).
- Même en Asie de l'Est, en Amérique latine et en Europe de l'Est, nombre de pays font face à un grave problème de dénutrition ou de malnutrition par carence en micronutriments. C'est le cas par exemple au Cambodge,

en Indonésie, au Laos, aux Philippines, au Vietnam, au Guatemala, en Haïti, au Honduras et en Ouzbékistan.

Une récente étude de l'OMS (De Onis *et al.*, 2004b) prévoit que la prévalence de l'insuffisance pondérale dans les pays en développement baissera de 36 % (passant de 30 % en 1990 à 19 % en 2015), soit un niveau considérablement inférieur au taux de 50 % nécessaire pour atteindre l'OMD pertinent au cours de la même période (figure 3)[1]. Ces données mondiales cachent des différences interrégionales qui s'accentuent de manière inquiétante. Les prévisions d'amélioration mondiale reposent en grande partie sur une baisse prévue de la prévalence de 35 à 18 % en Asie, stimulée principalement par les améliorations enregistrées en Chine. En revanche, en Afrique, on prévoit une augmentation de la prévalence qui passerait de 24 à 27 %. En outre, la situation est critique en Afrique de l'Est, région où le VIH/sida a d'importantes corrélations avec la malnutrition. Ici, selon les prévisions, les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale seront de 25 % plus élevés en 2015 qu'en 1990.

Bon nombre de pays (hormis plusieurs États d'Afrique subsaharienne) atteindront la cible des OMD relative à la pauvreté monétaire (pourcentage de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour), mais moins de 25 % atteindront la cible ayant trait à la pauvreté non monétaire, qui est de réduire de moitié l'insuffisance pondérale (figure 3). Même si l'Asie dans l'ensemble atteint cette cible, il n'en demeure pas moins que de grands pays tels que l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Inde et le Pakistan continueront d'afficher des niveaux inacceptables de dénutrition en 2015, ce qui accentuera les inégalités entre riches et pauvres dans ces pays.

La carence en vitamines et minéraux essentiels demeure très courante, et elle se superpose aux problèmes de dénutrition générale (insuffisance pondérale et arrêt de croissance prématuré). Il ressort d'un récent rapport sur les progrès accomplis à l'échelle planétaire que 35 % de la population mondiale présente une carence en iode, que 40 % de la population du monde en développement souffre de carence en fer, et que plus de 40 % des enfants présentent une carence en vitamine A.

Les tendances de surpoids chez les enfants de moins de cinq ans, bien qu'établies sur la base de données provenant d'un nombre limité de pays, sont alarmantes (figure 4) pour tous les pays en développement, et tout particulièrement ceux d'Afrique, où les taux semblent s'accroître à un rythme nettement plus rapide (augmentation de 58 %) que dans l'ensemble du monde en développement (accroissement de 17 %). En raison du manque de données, on ne peut expliquer avec précision pourquoi l'Afrique enregistre une telle tendance excessive ; cependant, l'existence d'une corrélation entre surpoids maternel et surpoids infantile donne à penser que ce problème peut être attribué en partie à la surcharge pondérale.

Les données comparables des taux de surpoids et d'obésité chez les mères montrent de similaires tendances alarmantes. Les pays de la région Moyen-

Orient et Afrique du Nord affichent les plus forts taux de surpoids maternel, suivis par ceux d'Amérique latine et des Caraïbes. Toutefois, les taux de surpoids maternel s'élèvent à plus de 20 % dans plusieurs pays africains.

Il est également évident que le phénomène du surpoids est présent dans les mêmes pays où la dénutrition infantile et la dénutrition maternelle sont très répandues, et dans nombre de pays dont le PIB par habitant est faible (figure 5). En Mauritanie, plus de 40 % des mères affichent un excédent de poids, tandis que plus de 30 % des enfants présentent une insuffisance pondérale. Par ailleurs, jusqu'à 60 % des ménages dont un membre accuse une insuffisance pondérale abritent également une personne affichant un excédent de poids, ce qui démontre que l'insuffisance pondérale et la surcharge pondérale coexistent non seulement à l'intérieur du même pays, mais aussi au sein du même ménage. Au Guatemala, on observe à la fois des cas d'enfants présentant un retard de croissance et de mères affichant un excédent de poids. Encore une fois, ces données accréditent l'hypothèse selon laquelle, à l'exception des conditions de famine, l'accessibilité et la disponibilité de la nourriture au niveau du ménage ne sont pas d'importantes causes de dénutrition.

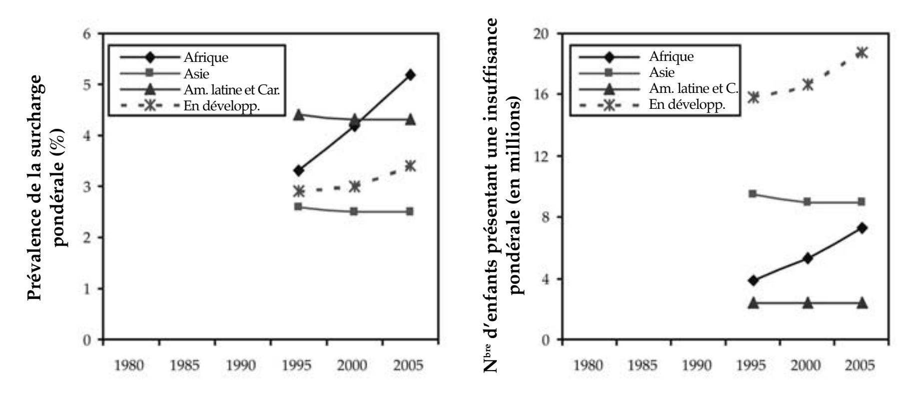
L'échec des marchés

Lorsque les familles ne disposent pas de moyens pour se procurer assez de nourriture ou obtenir des soins de santé adéquats, les marchés ne sont pas en mesure de s'attaquer aux problèmes de la malnutrition. On peut certes invoquer les droits de la personne et l'équité, ainsi que l'argument de la rentabilité économique, pour essayer de convaincre les pouvoirs publics de venir en aide à de telles familles. Mais la malnutrition se manifeste également dans nombre de familles qui ne sont pas pauvres, car les parents ne savent pas toujours quels sont les aliments ou les pratiques en matière d'alimentation les mieux indiqués pour leurs enfants ou pour eux-mêmes, et parce qu'ils ne peuvent pas facilement se rendre compte que leurs enfants commencent à souffrir de malnutrition, étant donné que le ralentissement du rythme de croissance et la carence en micronutriments sont en général imperceptibles à l'œil profane. Le besoin de corriger ces « asymétries informationnelles » est un autre argument en faveur de l'intervention des pouvoirs publics (encadré 1). Les autorités doivent intervenir car l'amélioration de la nutrition est un bien public qui profite à tous ; à titre illustratif, l'amélioration de la nutrition peut réduire la propagation des maladies contagieuses et accroître la productivité économique nationale.

Quelles sont les causes de la malnutrition et comment les gouvernements doivent-ils intervenir ?

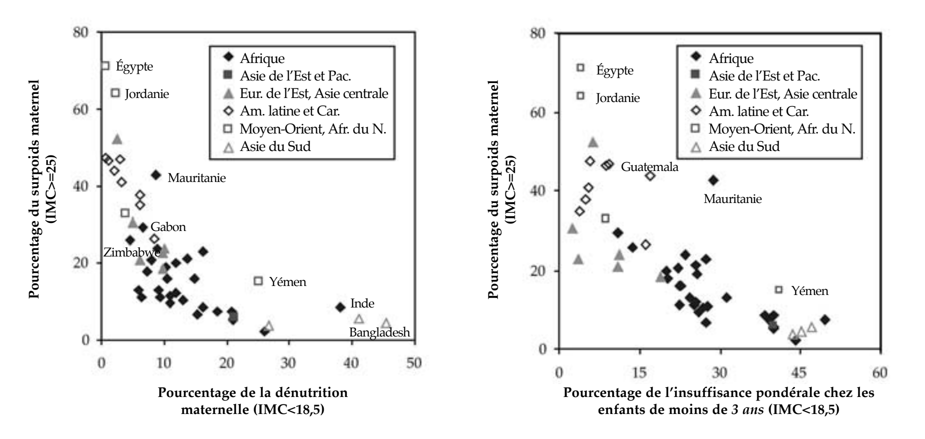
Contrairement aux idées répandues, la dénutrition ne résulte pas simplement de la sécurité alimentaire : nombre d'enfants vivant dans un environ-

Figure 4 Tendances de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans



Source : SCN (2004).
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

Figure 5 Taux de surpoids maternel selon les régions



Source : Calculs effectués par l'auteur, sur la base des données provenant de *measuredhs.com.*

nement caractérisé par la sécurité alimentaire et dans des familles non pauvres présentent une insuffisance pondérale ou un retard de croissance en raison des mauvaises pratiques en matière d'alimentation et de soins des nourrissons, de l'inaccessibilité des services de santé, et des mauvaises conditions d'hygiène. Dans de nombreux pays où la malnutrition est généralisée – à l'exception de ceux où règnent des conditions de famine –, la production alimentaire n'est pas le facteur limitatif (encadré 2). Les facteurs les plus importants sont, premièrement, une mauvaise connaissance des

Encadré 1 Raisons pour lesquelles de nombreux ménages connaissant la sécurité alimentaire souffrent de malnutrition chronique

- Les femmes enceintes et allaitantes qui consomment trop peu de calories et de protéines, souffrent d'infections chroniques non traitées (maladies sexuellement transmissibles, etc.) entraînant chez l'enfant un poids insuffisant à la naissance, ou ne se reposent pas assez.
- Les mères n'ont pas assez de temps pour s'occuper de leurs plus jeunes enfants ou d'elles-mêmes pendant leur grossesse.
- Les mères venant d'accoucher qui se débarrassent de leur premier lait (le colostrum), celui-là même qui renforce le système immunitaire de l'enfant.
- Les nombreux cas de mères qui nourrissent leurs enfants de moins de six mois autrement qu'en les allaitant, alors que l'allaitement exclusif est la meilleure source d'éléments nutritifs et la meilleure protection contre plusieurs maladies infectieuses et chroniques.
- Les personnes qui s'occupent des enfants commencent à leur donner des aliments solides complémentaires trop tard.
- Les personnes s'occupant des enfants donnent à ceux de moins de deux ans trop peu de nourriture, ou des aliments peu énergétiques.
- Malgré la disponibilité de la nourriture, en raison de la mauvaise répartition des aliments dans le ménage, les besoins des femmes et des jeunes enfants ne sont pas satisfaits et leur alimentation ne contient pas souvent des taux suffisants de protéine ou d'éléments nutritifs appropriés.
- Les personnes qui s'occupent des enfants ne savent pas comment les alimenter pendant et après une diarrhée ou une poussée de fièvre.
- Les personnes s'occupant des enfants ne respectent pas les règles d'hygiène, d'où la contamination des aliments par les bactéries ou les parasites.

avantages de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'alimentation complémentaire, ainsi que du rôle des micronutriments, et deuxièmement, le fait que les femmes manquent de temps pour appliquer des pratiques appropriées de soins aux nourrissons et pour s'occuper d'elles-mêmes pendant la grossesse.

L'incidence la plus désastreuse de la dénutrition se produit pendant la grossesse et au cours des deux premières années de vie, et les effets de ces dommages précoces sur la santé, le développement du cerveau, l'intelligence, l'éducation et la productivité sont dans une large mesure irréversibles (encadré 3). Les mesures ciblant les enfants plus âgés ont un effet négligeable, voire nul. Les premiers éléments probants laissent croire que l'origine de l'obésité et des maladies non transmissibles telles que l'affection cardiovasculaire et le diabète peut remonter également à la petite enfance. Il s'ensuit que les gouvernements ayant des ressources limitées ont tout intérêt à axer leurs actions sur cette courte période propice à l'intervention,

qui se situe entre la conception et l'âge de 24 mois, même s'il peut s'avérer nécessaire de poursuivre plus tard les mesures de lutte contre l'obésité.

Dans les pays à forts taux moyens de surcharge pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, une grande proportion des enfants affichent déjà un excédent de poids à la naissance, ce qui laisse croire, encore une fois, que les dommages se produisent pendant la grossesse. Ces résultats sont cohérents avec les éléments probants physiologiques qui montrent que l'origine de l'obésité remonte aux tout premiers moments de la vie, souvent avant la naissance, même si les interventions visant à prévenir l'obésité doivent probablement se poursuivre plus tard dans la vie.

La croissance du revenu et la production alimentaire, ainsi que l'espacement des naissances et l'éducation des femmes, sont par conséquent des stratégies importantes mais longues pour améliorer la nutrition. Des stratégies plus courtes consistent à fournir de l'éducation en matière de santé et de nutrition, des services (tels que la promotion de l'allaitement exclusif et de l'alimentation complémentaire appropriée, en combinaison avec la mise à la disposition de soins prénataux et de services de base de santé maternelle et infantile), ainsi que des programmes de suppléments et d'enrichissement en micronutriments. Une expérience réalisée au Mexique montre que, dans les pays à revenu intermédiaire, les transferts conditionnels de fonds, combinés avec l'amélioration de la prestation des services de santé et de nutrition au niveau de l'offre, ont amené les populations pauvres à recourir aux services de nutrition. D'autres pays, tels que le Bangladesh, le Honduras et Madagascar ont recouru avec succès aux partenariats public-privé pour mobiliser les collectivités en vue de s'attaquer au problème de la malnutrition au moyen de méthodes communautaires.

Les pays se trouvent à différents stades d'acquisition d'expériences en matière de lutte contre les diverses formes de malnutrition :

- En ce qui concerne la dénutrition et la malnutrition par carence en micronutriments, plusieurs programmes d'envergure ont été efficaces (au Bangladesh et en Thaïlande, à Madagascar, ainsi qu'au Chili, à Cuba, au Honduras et au Mexique). Le défi consiste à appliquer les enseignements tirés de ces expériences à l'exécution à grande échelle de tels programmes dans davantage de pays. Le problème a moins trait à ce qu'il faut faire qu'à la manière de renforcer l'engagement et la capacité des pays et des partenaires du développement en matière d'intervention à grande échelle.
- En revanche, pour ce qui est des maladies non transmissibles liées au surpoids et à l'alimentation, à l'insuffisance pondérale à la naissance, et aux interactions complexes entre la malnutrition et le VIH/sida, il existe peu de modèles d'envergure expérimentés et éprouvés. La recherche active et l'apprentissage par l'action sont certes prioritaires à ce niveau, mais les efforts déployés à grande échelle pour lutter contre le VIH et les maladies non transmissibles ne peuvent porter leurs fruits que s'ils

Encadré 2 Trois mythes au sujet de la nutrition

La mauvaise nutrition est associée à plus de la moitié de tous les décès d'enfants à l'échelle mondiale – une proportion atteinte par aucune maladie infectieuse depuis la peste bubonique. Elle est étroitement liée à la mauvaise santé et aux facteurs environnementaux. Mais les planificateurs, les politiciens et les économistes perdent souvent de vue ces liens. Parmi les graves malentendus à ce sujet, on retrouve les mythes suivants :

Mythe 1 : *La malnutrition est principalement une question d'insuffisance d'apport alimentaire.* Faux. Les aliments sont évidemment importants. Mais la plupart des cas graves de malnutrition sont attribuables aux mauvaises conditions hygiéniques et aux maladies qui entraînent la diarrhée, surtout chez les jeunes enfants. La condition des femmes et leur niveau d'éducation jouent un rôle important dans l'amélioration de la nutrition. L'amélioration des soins apportés aux jeunes enfants est cruciale.

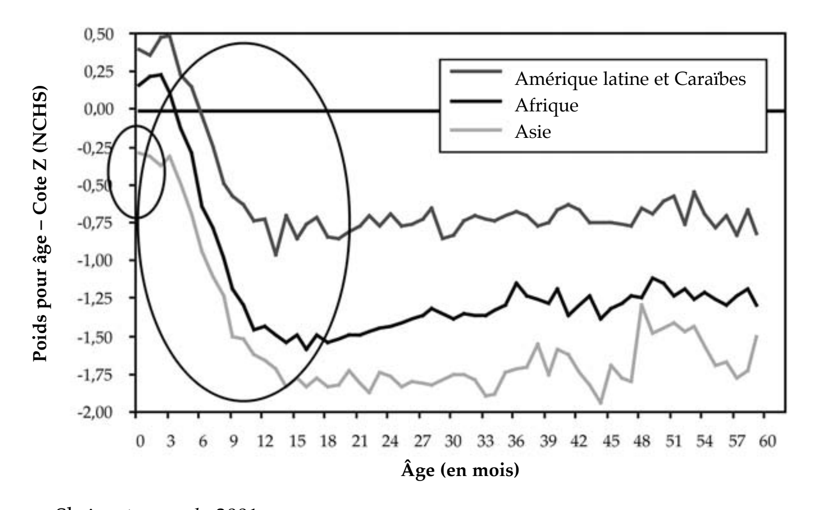
Mythe 2 : *L'amélioration de la nutrition est un sous-produit d'autres mesures visant à réduire la pauvreté et à réaliser des progrès économiques. Il est impossible de faire démarrer directement ce processus.* Encore une fois, il s'agit d'une affirmation erronée. L'amélioration de la nutrition exige des parents et des communautés qu'ils adoptent des mesures bien ciblées, appuyées par des interventions sur les plans local et national dans le domaine des services de santé et des services publics, en ce qui concerne tout particulièrement l'eau et l'hygiène publique. La Thaïlande a montré que les cas moyens et graves de malnutrition peuvent être réduits de 75 % ou plus en l'espace d'une décennie, grâce à des moyens de ce genre.

Mythe 3 : *Étant donné la rareté des ressources, une intervention sur un large front en matière de nutrition est difficilement réalisable à une vaste échelle, tout particulièrement dans les pays pauvres.* Autre affirmation erronée. Malgré de graves déboires économiques, nombre de pays en développement ont accompli des progrès impressionnants. Dans les pays en développement, plus des deux tiers de la population consomment désormais du sel iodé, ce qui permet de combattre la carence en iode et l'anémie qui touchent environ 3,5 milliards de personnes, surtout des femmes et des enfants, dans une centaine de pays. L'on fournit désormais des capsules de vitamine A à environ 450 millions d'enfants chaque année, afin de s'attaquer à la carence qui est à l'origine de la cécité et de l'accroissement de la mortalité infantile. De nouveaux moyens ont été mis au point pour promouvoir et appuyer l'allaitement maternel, et les taux d'allaitement maternel se maintiennent dans certains pays et s'accroissent dans d'autres. La vaccination de masse et la promotion de la réhydratation par voie orale pour réduire les décès liés à la diarrhée ont considérablement contribué à l'amélioration de la nutrition.

Source : Extrait de Jolly, 1996.

Encadré 3 Période propice pour s'attaquer à la dénutrition

La période propice pour améliorer la nutrition est courte – elle va de l'avant-grossesse aux deux premières années de vie. On s'accorde à reconnaître que les dommages à la croissance physique, au développement du cerveau et à la formation du capital humain qui se produisent pendant cette période sont importants et irréparables dans une large mesure. Il s'ensuit que les interventions doivent se concentrer sur cette période propice. Tous les investissements effectués après cette période critique sont beaucoup moins susceptibles d'améliorer la nutrition.



Source : Shrimpton *et al.*, 2001.
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

s'attaquent au problème de la nutrition. Aussi le défi consiste-t-il à réduire l'écart entre l'acquisition des connaissances scientifiques et la mise en œuvre à grande échelle des interventions.

Bien que l'on ait réalisé à grande échelle certains programmes efficaces sans avoir adopté de politiques globales de nutrition, la mise en œuvre de politiques est également importante. Peu de pays disposent de politiques de nutrition bien élaborées et appuyées par de bonnes ressources. Le plus souvent, les politiques des autres secteurs (commerce, change, emploi, égalité entre les sexes, agriculture, aide sociale et santé) ont un effet imprévisible et parfois néfaste sur la nutrition, et elles deviennent des politiques de nutrition non intentionnelles mais de fait. Les Analyses d'impact social et pauvreté doivent être utilisées plus couramment pour évaluer les effets intentionnels et non intentionnels des politiques de développement sur les résultats en matière de nutrition. En outre, la capacité d'offrir des conseils

aux décideurs sur les implications des politiques pour la nutrition doit être renforcée dans une institution centrale, telle qu'un ministère des Finances ou un bureau de suivi de la pauvreté.

Les politiques publiques ont également un rôle potentiel à jouer dans la réduction des cas de mauvaise santé et des résultats économiques négatifs associés à l'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité dans les pays en développement, par le biais d'interventions au niveau de la demande et de l'offre.

S'il existe des interventions efficaces, pourquoi n'ont-elles pas été mises en œuvre à grande échelle dans davantage de pays ?

Les gouvernements et les partenaires de développement ont accordé une faible priorité aux programmes de nutrition, pour trois raisons (encadré 5). Premièrement, la demande des services de nutrition est faible dans les collectivités, la malnutrition étant souvent invisible ; les familles et les collectivités ignorent que même un cas moyen ou bénin de malnutrition contribue considérablement au décès, à la maladie et à un faible niveau d'intelligence ; et la plupart des familles souffrant de malnutrition sont pauvres et, en partant, se font difficilement entendre. Deuxièmement, les gouvernements et les partenaires de développement ont mis du temps à reconnaître que les coûts économiques de la malnutrition sont élevés, que la malnutrition freine les progrès sur le front non seulement de l'OMD relatif à la malnutrition mais aussi des autres OMD, ou qu'il existe désormais des expériences considérables sur la façon de mettre en œuvre, à une grande échelle, des programmes de nutrition abordables et rentables. Troisièmement, de nombreuses parties prenantes organisationnelles interviennent dans le domaine de la nutrition, aussi cette dernière est souvent négligée à la fois par les gouvernements et par les organismes d'aide au développement, car elle relève de la responsabilité partielle de plusieurs ministères sectoriels ou départements d'un organisme, mais aucune de ces entités ne s'en charge en priorité. À l'échelon national, le financement est en général affecté par secteur ou ministère, de sorte qu'à moins qu'un secteur n'en prenne l'initiative aucune intervention de grande envergure ne peut suivre.

La communauté internationale du développement peut-elle aider les pays ?

Les pays doivent prendre l'initiative pour repositionner la nutrition de façon à lui accorder une priorité beaucoup plus grande dans leur programme de développement. Lorsque les pays sollicitent de l'aide en matière de nutrition, les partenaires de développement doivent répondre d'abord en aidant ces pays à développer une vision commune et à établir un consensus sur la nature de l'intervention à réaliser, la manière de s'y

prendre, l'entité qui s'en chargera, et ensuite en fournissant de l'assistance financière et autre. Le présent rapport soutient que la non-réalisation à grande échelle d'interventions dans le domaine de la nutrition est attribuable en grande partie à un manque d'engagement soutenu de la part des pouvoirs publics, qui se traduit par une faible demande d'aide en matière de nutrition. Dans ce contexte, le rôle des partenaires du développement doit dépasser une simple réponse aux demandes d'assistance des gouvernements. Ils doivent utiliser leurs ressources combinées d'analyse, de sensibilisation et de renforcement des capacités pour donner à la nutrition une plus grande priorité dans le programme d'action, dans toute situation où le problème de nutrition freine la réalisation des OMD (tableau 3). Ce rôle ne peut être rempli que si les partenaires du développement partagent une vision commune du problème de malnutrition et adoptent collectivement des stratégies de portée générale pour s'y attaquer, et s'ils s'expriment d'une seule voix. Il s'ensuit que les partenaires du développement doivent également se repositionner eux-mêmes. Ils doivent se réunir autour d'un programme stratégique commun en matière de nutrition, en se concentrant sur de plus efficaces interventions réalisées à grande échelle en ce qui concerne la dénutrition et les micronutriments dans les pays prioritaires, et sur la recherche active ou l'apprentissage par l'action dans le cas de la surcharge pondérale, de l'insuffisance pondérale à la naissance, de la lutte contre le VIH/sida et de la nutrition. Un tel repositionnement doit porter sur l'examen et la révision des niveaux actuellement insuffisants de financement en faveur de la nutrition. À titre d'exemple, bien que la Banque mondiale soit le partenaire de développement qui investit le plus dans la nutrition à l'échelon mondial, entre 2000 et 2004, ses investissements dans les interventions en faveur d'approches courtes permettant d'améliorer le plus rapidement la nutrition ne se sont guère élevés à plus de 1,5 % de ses prêts pour le développement humain, et ils n'ont représenté que 0,3 % du total des prêts de l'institution.

Nous ne proposons pas une approche globale et uniforme pour s'attaquer à la malnutrition ; nous recommandons cependant que les partenaires du développement accordent une attention particulière aux objectifs suivants lorsqu'ils élaborent des stratégies nationales ou régionales :

- Cibler les stratégies et les interventions sur les pauvres de façon à s'attaquer aux aspects de la réduction de la pauvreté touchant la pauvreté non monétaire qui sont étroitement liés au développement humain et à la formation du capital humain.
- Concentrer les interventions dans la période favorable – de la conception à la fin des deux premières années de la vie – parce que c'est à ce moment que les dommages irréparables surviennent.
- Améliorer les pratiques des mères en matière de soins des nourrissons pour réduire l'incidence d'insuffisance pondérale et pour améliorer les

Encadré 4 Dix raisons expliquant le faible engagement envers les programmes de nutrition

- Les familles et les communautés mal nourries ne perçoivent habituellement pas la malnutrition.
- Les familles et les gouvernements ne reconnaissent pas les coûts humains et économiques de la malnutrition.
- Les gouvernements peuvent ne pas savoir qu'il existe des interventions visant à combattre la malnutrition plus rapides que la croissance économique et la réduction de la pauvreté, ou que les programmes nutritionnels sont abordables.
- La présence de nombreuses parties prenantes sur le plan organisationnel dans le domaine de la nutrition fait en sorte qu'il peut être difficile de coordonner les interventions.
- Il n'existe pas toujours de consensus sur les façons d'intervenir dans le domaine de la nutrition.
- On considère rarement une nutrition adéquate comme un droit de la personne.
- Les personnes mal nourries ont peu d'influence.
- Certains politiciens et gestionnaires ne se préoccupent pas vraiment de la bonne mise en œuvre des programmes.
- Les gouvernements prétendent souvent qu'ils investissent dans l'amélioration de la nutrition alors que les programmes qu'ils financent n'ont que peu d'impact dans ce domaine (par exemple les programmes d'alimentation scolaires).
- On observe un cercle vicieux : le manque d'engagement envers la lutte contre la malnutrition mène à un sous-investissement dans la nutrition, ce qui renforce le manque d'engagement puisque les gouvernements croient alors que les programmes de nutrition ne fonctionnent pas.

Source : Résumé tiré de Heaver, 2005b.

pratiques d'allaitement maternel, incluant l'allaitement exclusif et l'alimentation complémentaire, parce que plusieurs pays et partenaires du développement se sont peu souciés d'investir dans de tels programmes.
- Élargir les programmes de distribution de micronutriments à cause de leur grande disponibilité, de leur impact sur la productivité, de leur coût abordable et de leurs extraordinaires ratios bénéfices-coûts.
- Utiliser les capacités développées par le pays dans la distribution de micronutriments pour établir des programmes de nutrition communautaires.
- S'efforcer d'améliorer la nutrition non seulement par des actions dans le domaine de la santé, mais aussi par des interventions appropriées dans les domaines de l'agriculture, du développement rural, de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène publique, des relations entre les sexes, de la protection sociale, de l'éducation, et du DCC.

Tableau 3 Mesure dans laquelle l'investissement dans la nutrition est crucial pour atteindre les OMD

Objectif	*Effet nutritionnel*
Objectif 1 : Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim.	La malnutrition entame le capital humain par des effets irréversibles et intergénérationnels sur le développement cognitif et physique.
Objectif 2 : Rendre l'éducation primaire universelle.	La malnutrition affecte les chances d'un enfant d'aller à l'école, d'y rester et d'obtenir de bons résultats.
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité entre les sexes et émanciper les femmes.	Un accès plus restreint pour les femmes aux ressources de nourriture, de santé et de soins peut entraîner la malnutrition, réduisant ainsi leur capacité d'acquérir des avoirs. S'attaquer à la malnutrition donne plus de moyens aux femmes qu'aux hommes.
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile.	La malnutrition est directement ou indirectement associée à la plupart des décès d'enfants et est le principal facteur qui contribue au fardeau de la maladie dans les pays en développement.
Objectif 5 : Améliorer la santé des mères.	La santé des mères est compromise par la malnutrition, qui est associée à la plupart des facteurs de risque entraînant leur décès. En particulier, les retards de croissance et les carences en fer et en iode posent de sérieux problèmes.
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.	La malnutrition peut accroître le risque de transmettre le VIH, compromettre l'efficacité de la thérapie antirétrovirale et hâter l'apparition du sida avéré. Elle accroît les risques d'infection à la tuberculose, débouchant sur la maladie, et réduit également le taux de survie au paludisme.

Source : Adapté de Gillespie et Haddad, 2003.

- Renforcer les investissements dans les approches courtes pour améliorer la nutrition tout en maintenant un équilibre entre les approches courtes et les approches longues.
- Intégrer des interventions en matière de nutrition bien conçues et équilibrées dans les stratégies d'assistance aux pays, dans les SWAp mis en place dans différents secteurs, dans les MAP et les PRSP.

En plus de ces recommandations d'ordre général, nous formulons des suggestions pratiques sur la manière dont les pays pourraient tenir compte de certains de ces facteurs lors de l'intégration de la nutrition dans leurs stratégies nationales de développement.

Étapes suivantes

Une intervention plus efficace et à plus grande échelle passe par la résolution des principaux problèmes opérationnels, soit :

1. Susciter un engagement à l'échelon mondial et national, et renforcer la capacité d'investir dans la nutrition.
2. Intégrer la nutrition aux stratégies nationales de développement dans les situations où elle n'est pas prioritaire à l'heure actuelle.
3. Réorienter les grands programmes de nutrition qui sont inefficaces, afin d'en optimiser l'impact.

Dans la recherche active et l'apprentissage par l'action, il convient de s'attarder principalement à :

1. Réunir des données sur la meilleure manière de renforcer l'engagement et la capacité d'intégrer la nutrition au programme de développement.
2. Renforcer et ajuster les mécanismes de prestation des services de nutrition.
3. Renforcer davantage l'ensemble des données disponibles pour l'investissement dans la nutrition.

À l'échelon mondial, la communauté du développement doit s'unir pour repenser et repositionner explicitement le rôle de la malnutrition en tant que cause sous-jacente de la faiblesse de la croissance économique, de la mortalité et de la morbidité, et :

- Coordonner les efforts visant à accroître l'engagement et le financement en faveur de la nutrition dans le cadre de partenariats mondiaux et nationaux.
- Poursuivre un ensemble de priorités stratégiques de portée générale (telles que les six décrites ci-dessus) pour la prochaine décennie, en apportant une contribution dans chaque situation où elle jouit du meilleur avantage comparatif.
- Se concentrer sur un ensemble convenu de pays prioritaires pour l'investissement dans la nutrition, ainsi que l'intégration et la réalisation à grande échelle des programmes de nutrition.
- Se concentrer sur un ensemble convenu de pays prioritaires pour la mise au point de pratiques optimales en matière de renforcement de l'engagement et des capacités, d'intégration de la nutrition, et de réduction de la surcharge pondérale et de l'obésité.
- Déployer un effort collectif pour passer du financement des petits projets à celui des programmes de grande envergure, à l'exception des cas où de petits projets ayant de solides composantes de suivi et d'évaluation sont nécessaires pour expérimenter les interventions et les systèmes de prestation, ou pour renforcer les capacités dans le domaine de la nutrition.

À l'échelon national, la communauté du développement doit accroître son appui en aidant tous les pays souffrant d'une carence en micronutri-

ments à élaborer une stratégie nationale des micronutriments, à la financer, et à l'exécuter à grande échelle pour assurer une couverture nationale en l'espace de cinq ans – sans évincer la stratégie plus générale de lutte contre la dénutrition.

La communauté du développement doit par ailleurs appuyer les pays qui ont des problèmes de dénutrition, de la manière suivante :

- Identifier et appuyer de cinq à dix pays qui font face à de graves problèmes de nutrition et qui sont déterminés à travailler avec les partenaires de développement pour intégrer la nutrition aux approches sectorielles, aux programmes plurinationaux de lutte contre le sida, et aux crédits à l'appui de la stratégie de réduction de la pauvreté. Dans les pays qui ont peu d'expérience dans le domaine de la nutrition, la première étape peut consister à exécuter des projets de nutrition ; dans les autres cas, il sera nécessaire de déployer des efforts particuliers pour renforcer les capacités du pays.
- Identifier et appuyer de trois à cinq pays où il convient de réorienter les investissements d'envergure afin d'en optimiser l'impact. Dans ces pays, fournir un appui coordonné pour réorienter la conception des programmes et pour renforcer la qualité, le suivi et l'évaluation de l'exécution.
- Identifier et appuyer de trois à cinq pays où les problèmes de nutrition sont très préoccupants mais où aucune mesure appropriée n'est prise pour s'y attaquer. Dans ces pays, s'attarder à susciter l'engagement, à analyser les politiques, et à mettre au point des stratégies d'intervention qui peuvent être financées avec l'aide des partenaires de développement.

Afin de contribuer à la réalisation de ces objectifs, les partenaires de développement devront cofinancer un fonds de subventions pour catalyser les interventions en faveur de la prise d'engagement et de la recherche active, en complétant le montant de 3,6 millions de dollars affectés récemment par la Banque – à partir du Mécanisme d'octroi de dons pour le développement – à l'intégration de la nutrition aux programmes de santé maternelle et infantile. Le financement de grande envergure en faveur des interventions nationales décrites ci-dessus doit être fourni en recourant aux voies normales, plutôt qu'en créant un fonds spécial pour la nutrition. Des estimations initiales indiquent qu'il en coûtera environ 235 millions de dollars par année pour poursuivre les programmes de distribution de micronutriments en Afrique. Les coûts pour les autres régions et pour d'autres aspects de la lutte pour une meilleure nutrition n'ont pas encore été estimés. D'autres estimations brutes donnent des montants beaucoup plus considérables (750 millions de dollars pour deux doses de suppléments en vitamine A à l'échelle mondiale ; entre 1 et 1,5 milliard de dollars pour l'iodation du sel, ce qui comprend une somme de 800 millions de dollars à 1,2 milliard de dollars en provenance du secteur privé ; et plusieurs milliards de dollars pour les programmes de nutrition communautaires). La

Banque mondiale a entrepris une analyse plus détaillée des coûts pour obtenir des données plus réalistes.

Le programme proposé ici doit être examiné, modifié, adopté et exécuté par les partenaires de développement, en collaboration avec les pays en développement. Sans une action coordonnée, focalisée et renforcée, on ne peut s'attendre à aucun progrès réel sur le front de la nutrition ou de la réalisation de plusieurs autres OMD.

Notes

1. De Onis *et al*., 2004b.
2. Doak *et al*., 2005.

Chapitre 1

Pourquoi investir dans la nutrition ?

Améliorer la nutrition contribue à accroître la productivité et le développement économique et à réduire la pauvreté en augmentant la capacité de travail physique, le développement cognitif et la performance scolaire, et contribue également à la santé par une diminution de la maladie et de la mortalité. Une mauvaise nutrition fait en sorte de perpétuer le cycle de la pauvreté et de la malnutrition principalement de trois façons – par des pertes directes de productivité découlant d'un mauvais état physique et des pertes entraînées par des maladies liées à la malnutrition ; par des pertes indirectes découlant d'un développement cognitif lent et d'une éducation déficiente ; et par des pertes provoquées par une hausse des coûts des soins de santé. Les coûts économiques de la malnutrition sont très élevés – plusieurs milliards de dollars par année en termes de pertes de produit intérieur brut (PIB). Si l'on s'en remet uniquement au marché et à la croissance économique pour solutionner le problème, cela prendra plus d'une génération. Des investissements ciblés peuvent toutefois accélérer le mouvement, en particulier des programmes de suppléments et d'enrichissement en micronutriments et des programmes communautaires de promotion de la croissance.

Nutrition et économie

Pour beaucoup de gens, les arguments éthiques, ceux fondés sur les droits de la personne et la sécurité nationale, ou encore les principes de leurs croyances religieuses, suffisent pour motiver à agir dans le but d'améliorer la nutrition. Mais il existe aussi de solides arguments économiques pour investir dans la nutrition :

- Améliorer la nutrition entraîne une augmentation de la productivité et de la croissance économique.
- Ne pas s'attaquer à la malnutrition implique des coûts élevés en termes de dépenses budgétaires accrues et de pertes de PIB.
- Les rendements des programmes visant à améliorer la nutrition dépassent largement leurs coûts.

Une meilleure nutrition permet d'accroître la productivité et la croissance économique

Une bonne nutrition est un élément de base du capital humain et contribue en tant que tel au développement économique. Une croissance durable et équitable dans les pays en développement transformera ces pays en États « développés »[1]. De nombreuses preuves existent du fait que la nutrition et le développement économique ont des effets l'un sur l'autre. Un développement économique plus fort contribue à améliorer la nutrition (très lentement cependant) mais, de façon plus cruciale, une nutrition améliorée soutient une croissance économique plus forte. De plus, selon les calculs du Consensus de Copenhague[2], les pertes de productivité causées par la malnutrition sont reliées à trois types de pertes :

- Pertes directes de productivité physique.
- Pertes indirectes découlant d'un développement cognitif lent et d'une éducation déficiente.
- Pertes de ressources provoquées par une hausse des coûts des soins de santé (figure 1.1).

En conséquence, la malnutrition restreint à la fois la capacité physique à atteindre des objectifs et la possibilité de gagner sa vie[3].

La malnutrition entraîne des pertes directes de productivité physique

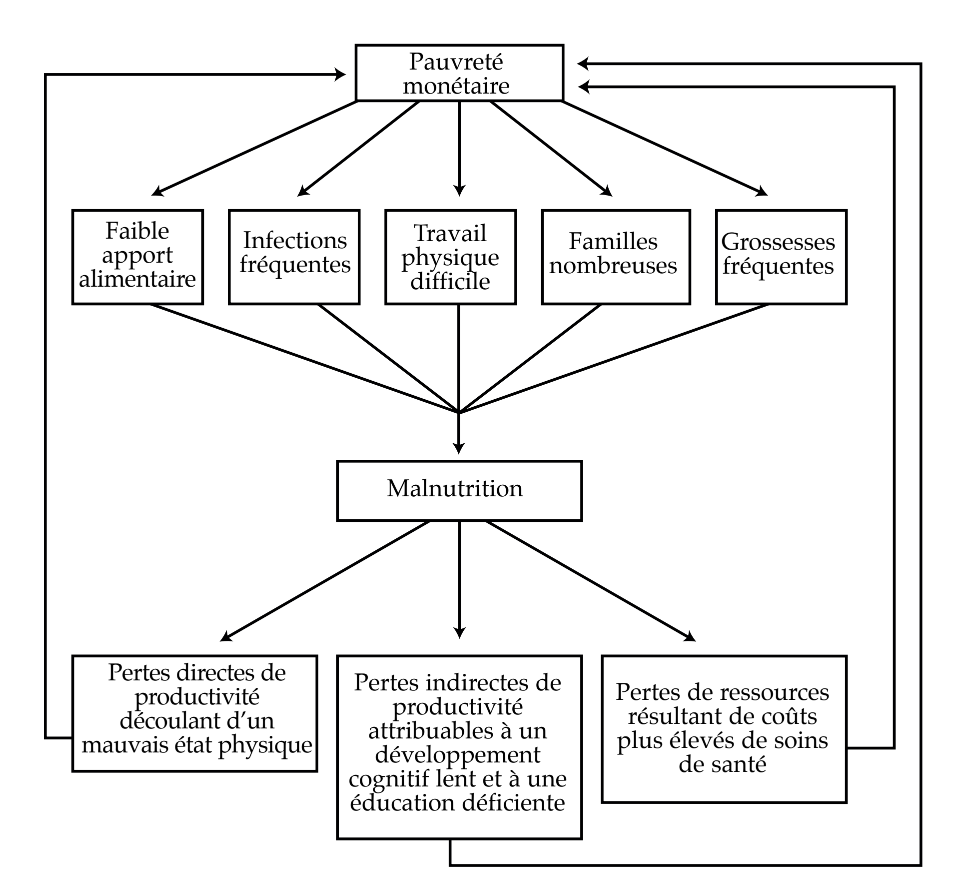
La malnutrition entraîne la mort ou est à l'origine de maladies qui réduisent la productivité. Par exemple :

- Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'insuffisance pondérale est le plus important facteur de risque contribuant au fardeau global de la maladie dans les pays en développement. Elle est responsable de près de 15 % des pertes totales d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY, pour *disability-adjusted life years*) dans les pays qui connaissent une mortalité infantile élevée. Dans les pays développés, la surcharge pondérale constitue le septième plus important facteur de risque et contribue pour 7,4 % des pertes d'années de vie ajustées sur l'incapacité (voir l'annexe technique 1.1)[4].
- La malnutrition est directement ou indirectement associée à près de 60 % de tous les cas de mortalité infantile[5] et même les enfants qui souffrent modérément d'insuffisance pondérale ont presque deux fois plus de risques de mourir que les enfants bien nourris.
- Les nourrissons qui ont un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg) – ce qui découle en partie de malnutrition pendant la grossesse – sont deux à dix fois plus susceptibles de mourir que ceux qui ont un poids normal[6]. Les mêmes nourrissons courent plus de risques de contracter une maladie non transmissible (MNT) telle que le diabète et des troubles cardiovasculaires lorsqu'ils atteignent l'âge adulte.
- Les carences en vitamine A mettent en péril le système immunitaire d'environ 40 % des enfants de moins de cinq ans des pays en dévelop-

pement, ce qui mène au décès d'approximativement un million de jeunes enfants chaque année.

- L'anémie causée par une carence majeure en fer entraîne la mort pendant la grossesse et l'accouchement de plus de 60 000 jeunes femmes chaque année.
- Une carence en iode pendant la grossesse est responsable chaque année de la naissance de 18 millions d'enfants aux facultés mentales réduites ; même les enfants dont la carence en iode est faible ou modérée ont des quotients intellectuels (QI) de 10 à 15 points inférieurs à ceux qui n'ont pas cette carence.
- Une carence en acide folique chez la mère entraîne un quart de million de malformations congénitales graves chaque année[7].

Figure 1.1 Le cercle vicieux de la pauvreté et de la malnutrition



Source : D'après Banque mondiale, 2002a ; Bhagwati *et al.*, 2004.

Les corrélations les plus fortes et les mieux documentées entre la productivité et la nutrition sont celles qui ont trait au développement du capital humain dans les premières années de la vie. Il a été démontré de manière irréfutable que la taille est reliée à la productivité[8], et la taille qu'un individu finira par atteindre est en grande partie déterminée par son alimentation de la conception à l'âge de deux ans. Une diminution de la taille de 1 % à l'âge adulte causée par un retard de croissance durant l'enfance est corrélée à une perte de productivité de 1,4 %[9]. De plus, des carences graves en vitamines et minéraux durant la grossesse et la petite enfance peuvent entraîner la cécité, le nanisme, des facultés mentales affaiblies et des anomalies du tube neural – des handicaps qui sont graves dans toute société mais qui ont un effet particulièrement contraignant dans un pays en développement.

L'anémie a des conséquences directes et immédiates sur la productivité des adultes, en particulier ceux qui occupent des emplois qui demandent beaucoup de force physique. L'élimination de l'anémie entraîne une hausse de 5 à 17 % de la productivité des adultes, ce qui fait croître le PIB jusqu'à 2 % dans les pays les plus touchés[10]. Les adultes sous-alimentés sont également susceptibles de s'absenter plus souvent du travail à cause de la maladie.

En sus de ses effets sur les fonctions immunitaires, une mauvaise alimentation augmente la vulnérabilité aux maladies chroniques chez les adultes (voir le chapitre 2). Les MNT liées aux habitudes alimentaires comprennent les maladies cardiovasculaires, un taux élevé de cholestérol dans le sang, l'obésité, le diabète adulte, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle et certaines formes de cancer. Environ 60 % de tous les décès dans le monde et 47 % du fardeau de la maladie peuvent être attribués à des maladies chroniques liées aux habitudes alimentaires. Les deux tiers environ des décès qui se rattachent à ces maladies surviennent dans les pays en développement, où les principaux facteurs de risque sont une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'obésité[11]. Ces maladies se répandent à une telle vitesse, même dans les pays pauvres, qu'on a surnommé le phénomène « la transition nutritionnelle »[12]. Comme d'autres types de malnutrition, les maladies chroniques liées aux habitudes alimentaires trouvent leur origine dans la petite enfance, souvent lors de la grossesse. Elles sont fortement associées dans les pays à faible revenu à une insuffisance pondérale à la naissance ainsi qu'à un retard de croissance.

Dans le débat sur la théorie des salaires d'efficience, Strauss et Thomas (1998) ont soutenu qu'il existe un lien entre la consommation de calories et le rendement au travail. Même si l'hypothèse reste à prouver, ils ont montré que la consommation de calories a un effet sur la production fermière et sur le salaire à la pièce des travailleurs agricoles. Ils ont également illustré le fait qu'au Brésil et aux États-Unis la taille et le poids des adultes (évalués selon l'indice de masse corporelle, ou IMC) affectent tous les deux les salaires, même en ajustant pour tenir compte du niveau d'édu-

cation. Parmi les hommes brésiliens dont le revenu est faible, une augmentation de 1 % de la taille est associée à une croissance du salaire de 4 %. La corrélation entre l'IMC et la productivité s'atténue lorsque l'IMC descend sous 18,5, ce qui montre que les adultes qui ont un poids extrêmement faible (pour leur taille) ont une productivité plus faible. Les adultes avec un IMC élevé de 24-26 (ce qui indique une surcharge pondérale) ont également une plus faible productivité. Bien que la corrélation entre la nutrition et la productivité soit à son plus fort dans le cas du travail manuel, on l'a également observée dans le secteur manufacturier et chez les cols blancs[13].

La malnutrition entraîne des pertes de productivité indirectes découlant d'un développement cognitif lent et d'une éducation déficiente. Une insuffisance pondérale à la naissance peut réduire le QI d'un individu de 5 %, et occasionner un retard de croissance de 5 à 11 % et une carence en iode dans une proportion aussi élevée que 10 à 15 %[14]. L'anémie par carence en fer réduit systématiquement les résultats aux tests d'habiletés mentales (incluant le QI) de 8 points de pourcentage, ou par un écart-type de 0,5 à 1,5 chez les enfants[15].

Les conséquences en termes de capacité d'apprentissage pourront être très graves et irréversibles chez un enfant qui souffre d'un retard de croissance avant l'âge de deux ans, d'anémie pendant les deux premières années de la vie, et de carence en iode pendant la grossesse[16]. Au Zimbabwe, on a calculé que la malnutrition réduit les revenus de carrière de 12 % par son effet sur la scolarité[17].

La taille et le poids influencent la probabilité qu'un enfant soit inscrit à l'école au bon moment. Les enfants de petite taille et malades s'inscrivent souvent trop tard à l'école (ou jamais) et ont tendance à y rester moins longtemps[18]. La malnutrition affecte également la capacité d'apprentissage. On comprend aisément qu'un enfant qui a faim ne peut pas apprendre correctement. Même si cela est vrai et que la faim immédiate affecte les fonctions cognitives (en particulier la capacité d'attention)[19], ces effets sont modestes comparés à ceux de la malnutrition pendant les premières années de la vie, bien avant que l'enfant ne se rende en classe. Les enfants qui ont souffert de sous-alimentation dès leur plus jeune âge réussissent moins bien aux tests de fonctions cognitives, de fonctions psychomotrices et de motricité fine et ils font preuve d'une capacité d'attention et d'un niveau d'activité plus bas[20]. Ces déficiences dans les habiletés cognitives persistent jusqu'à l'âge adulte et ont un effet direct sur les revenus d'emploi[21].

Des études récentes ont montré que la corrélation positive entre, d'une part, le statut nutritionnel et, d'autre part, le développement cognitif et le niveau de scolarité atteint, tient également pour ce qui est des enfants qui se situent dans l'échelle normale des poids et des tailles à la naissance[22]. Par exemple, lorsque le poids à la naissance augmente de 100 g chez des couples de frères et sœurs, le QI moyen à l'âge de sept ans est supérieur de 0,5 point pour les garçons et de 0,1 point pour les filles. Le niveau de scolarité atteint à

l'âge de 26 ans parmi les cohortes dont le poids à la naissance se situait entre 3 et 3,5 kg était 1,4 fois plus élevé que chez ceux dont le poids variait entre 2,5 et 3 kg. La probabilité d'avoir accès à l'éducation supérieure (au-delà de la scolarité obligatoire) à l'âge de 26 ans est aussi 2,6 fois plus élevée parmi la cohorte de plus grande taille par rapport à celle qui a la plus petite taille.

Il est utile de noter que l'effet d'une nutrition améliorée se manifeste souvent dans des conditions qui sont considérées comme normales, de telle sorte qu'un poids plus élevé à la naissance a des conséquences positives même pour des enfants nés avec un poids dépassant la limite de 2 500 g qui caractérise les bébés ayant une insuffisance pondérale. De la même façon, une diminution de l'anémie procure des bénéfices même à ceux qui ne sont pas affligés d'anémie « grave ou modérée », et les niveaux de mortalité sont plus élevés même chez les enfants qui ont un poids légèrement inférieur à la normale.

Ne pas s'attaquer à la malnutrition entraîne des coûts élevés en termes de PIB perdus et de dépenses budgétaires à la hausse

La malnutrition coûte des milliards de dollars par année aux pays à faible revenu. Une récente étude a par exemple observé qu'on économise 580 $ en prévenant la naissance d'un enfant ayant une insuffisance pondérale[23, 24]. À l'échelle d'un pays, on a estimé que l'obésité et les MNT qui y sont reliées coûtent à la Chine environ 2 % de son PIB et qu'en Inde les pertes de productivité (pour le travail manuel uniquement) qui découlent du retard de croissance, de la carence en iode et de la carence en fer sont responsables d'une perte de 2,95 % du PIB[25, 26].

La seule prévention des carences en micronutriments en Chine vaudrait entre 2,5 et 5 milliards de dollars annuellement en termes d'accroissement du PIB, ce qui représente entre 0,2 et 0,4 % du PIB annuel chinois. Selon d'autres études, les carences en micronutriments à elles seules pourraient entraîner des coûts de 2,5 milliards de dollars annuellement à l'Inde, soit environ 0,4 % du PIB annuel indien[27]. Une estimation révèle qu'en Inde les pertes de productivité associées à la dénutrition, à l'anémie par carence en fer et aux troubles liés à la carence en iode, s'élèveront à environ 114 milliards de dollars entre 2003 et 2012 si on ne fait rien pour les prévenir (le PIB annuel de l'Inde est d'environ 601 milliards de dollars)[28]. Une autre étude, qui s'est penchée uniquement sur les pertes de productivité associées au travail rémunéré qui n'a pas lieu à la suite d'un épisode de malnutrition pendant l'enfance, estime ces pertes à 2,3 milliards de dollars en Inde (0,4 % du PIB annuel). Au Sierra Leone, l'absence de politiques et de programmes adéquats pour combattre l'anémie chez les femmes entraînera des pertes de productivité agricole au sein de la main-d'œuvre féminine de plus de 94,5 millions de dollars au cours des cinq prochaines années[29].

Les enfants mal nourris exigent plus de soins de santé et des types de soins plus coûteux que d'autres enfants. Ils ont des réalisations scolaires

plus faibles et peuvent devoir reprendre des années scolaires plus souvent[30], ce qui augmente les coûts d'éducation. Les pays en développement consacrent également en moyenne de 2 à 7 % de leur budget de santé aux coûts directs des traitements de l'obésité et des maladies chroniques qui y sont associées, un problème qui s'accroît par ailleurs rapidement (voir le chapitre 2). Ces coûts sont en grande partie assumés par les gouvernements, qui assurent un financement public considérable pour les soins de santé et l'éducation des plus pauvres.

Les rendements des programmes visant à améliorer la nutrition justifient amplement leurs coûts

En tenant compte de la mortalité et des coûts de santé réduits, des bienfaits intergénérationnels (une propension réduite à donner naissance à un bébé ayant une insuffisance pondérale) et de la productivité accrue, les chercheurs Behrman, Alderman et Hoddinott (2004) ont calculé que les investissements en nutrition procuraient des rendements élevés (tableau 1.1).

Les coûts sont rarement évalués de façon rigoureuse dans les programmes de développement, et les programmes de nutrition ne font pas exception. Là où des données ont été recueillies (tableau 1.2 et annexe 1), on observe que plusieurs programmes de nutrition sont non seulement efficaces, mais qu'ils procurent un bon rendement. Par exemple, l'élimination de la carence en vitamine A permettra à elle seule de réduire de 16 % le fardeau global de la maladie chez les enfants[31].

Des estimations comparables sont fournies par d'autres sources (tableau 1.3).

Nutrition, croissance économique et marchés

L'expérience des vingt dernières années montre que dans de nombreux pays en développement où les revenus ont augmenté substantiellement la malnutrition n'a pas diminué dans une proportion équivalente. Cela démontre que la croissance économique et les marchés ne suffisent pas à eux seuls à résoudre le problème de la malnutrition.

Tableau 1.1 Ratios avantages-coûts des programmes de nutrition

Programme d'intervention	*Coût-bénéfice*
Promotion de l'allaitement dans les hôpitaux	5-67
Programmes intégrés de soins pédiatriques	9-16
Programme de suppléments en iode (femmes)	15-520
Programme de supplément en vitamine A (enfants de moins de 6 ans)	4-43
Programme d'enrichissement en fer (par habitant)	176-200
Programme de suppléments en fer (par femme enceinte)	6-14

Source : Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.

Jusqu'où la croissance économique peut-elle nous mener ?

La relation entre le revenu et la malnutrition est ténue. Lorsque le produit national brut (PNB) per capita double dans les pays en développement, la nutrition s'améliore certes mais la diminution du taux d'insuffisance pondérale est beaucoup plus modeste – de 32 à 23 % (figure 1.2).

La nutrition s'est constamment améliorée dans la plupart des régions en développement. Ainsi, dans le monde, la proportion d'enfants de moins de

Tableau 1.2 Coûts unitaires annuels des programmes de nutrition

Type d'intervention	*Coût unitaire par participant (en dollars)*
Programme communautaire de promotion de la croissance[a]	1,60-10,00 sans suppléments de nourriture 11,00-18,00 avec des suppléments de nourriture ciblés
Suppléments alimentaires[b]	36,00-172,00 pour fournir 1 000 kcals par jour
Développement des jeunes enfants / soins pédiatriques[c]	250,00-412,00 avec de la nourriture (Bolivie) 2,00-3,00 sans nourriture (Ouganda)
Éducation à la nutrition[d]	2,50
Promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux[e]	0,30-0,40 si les succédanés de lait pour nourrissons sont retirés de la maternité 2,00-3,00 s'ils ne sont pas retirés
Éducation au microcrédit et à la nutrition[f]	0,90-3,50 (coûts de l'éducation à la nutrition seulement)
Transferts de fonds conditionnels[g]	70,00-77,00
Suppléments de vitamine A aux enfants d'âge préscolaire[h]	1,01-2,55
Enrichissement du sucre en vitamine A[i]	0,69-0,98
Suppléments en fer[j]	0,55-3,17
Iodation du sel[k]	0,20-0,50

Sources :

a. Fiedler, 2003 ; Iannotti et Gillespie, 2002 ; Gillespie, Mason et Martorell, 1996 ; Mason *et al.*, 2001.
b. Horton, 1993, 1999.
c. Banque mondiale, 2002a ; Alderman (échanges personnels).
d. Ho, 1985.
e. Horton *et al.*, 1996.
f. Voir der Bruegge, Dickey et Dunford, 1997 (mis à jour en 1999).
g. Caldes, Coady et Maluccio, 2004.
h. Fiedler *et al.*, 2000 ; Hendricks, Saitowitz et Fiedler, 1998 ; Fiedler, 2000 ; Gillespie, Mason et Martorell, 1996.
i. Fiedler, 2000 ; Horton, 1999.
j. Horton, 1992 ; Mason *et al.*, 2001.
k. Horton, 1999 ; Mason *et al.*, 2001.

cinq ans présentant un retard de croissance est passée de 49 à 27 % entre 1980 et 2005, tandis que la proportion de ceux qui souffrent d'insuffisance pondérale est passée de 38 à 23 % pendant la même période (voir le chapitre 2 et l'annexe technique 1.2). La croissance économique a joué un rôle important dans cette évolution. Mais elle ne permet de réduire la malnutrition que très lentement. Si l'on se fie à la relation passée entre la croissance et la nutrition, on estime qu'une croissance soutenue per capita de 2,5 % entre les années 1990 et 2015 entraînerait une réduction de 27 % de la malnutrition – soit seulement la moitié de la cible fixée pour l'OMD[32]. L'annexe technique 1.3 donne un aperçu du nombre d'années qui seraient nécessaires pour que différents pays diminuent de moitié leurs taux d'insuffisance pondérale à différents niveaux de croissance économique. Ces estimations montrent que les pays ne peuvent s'en remettre uniquement à la croissance économique pour réduire la malnutrition à l'intérieur d'un délai acceptable, surtout lorsqu'on tient compte des coûts humains et économiques et des engagements de la communauté internationale à réaliser les OMD.

En Tanzanie et en Inde, il faudrait attendre jusqu'en 2065 et 2035 respectivement pour atteindre l'OMD relative à la nutrition en s'en remettant uniquement à la croissance économique, et cela, en présumant des niveaux réalistes de croissance soutenue du PIB per capita (2,1 et 3 %) et une élasticité (représentant le changement dans les taux de malnutrition en relation avec la croissance du revenu per capita) de -0,5 (figure 3). Les deux pays auraient besoin d'un taux de croissance soutenu du revenu per capita de 5,5 % pour atteindre l'OMD uniquement sur la base du revenu d'ici 2015 – ce qui est irréalisable quelles que soient les circonstances (voir l'annexe technique 1.3).

Une étude à petite échelle utilisant des données du district de Kagera en Tanzanie montre que la cible de pauvreté monétaire pourrait être atteinte avec un taux potentiellement réalisable de croissance du revenu per capita de 1,5 %. Toutefois, sans intervention nutritionnelle, l'amélioration correspondante dans l'atteinte de la cible de pauvreté non monétaire (la nutrition)

Tableau 1.3 Coût des interventions en matière de nutrition (en dollars)

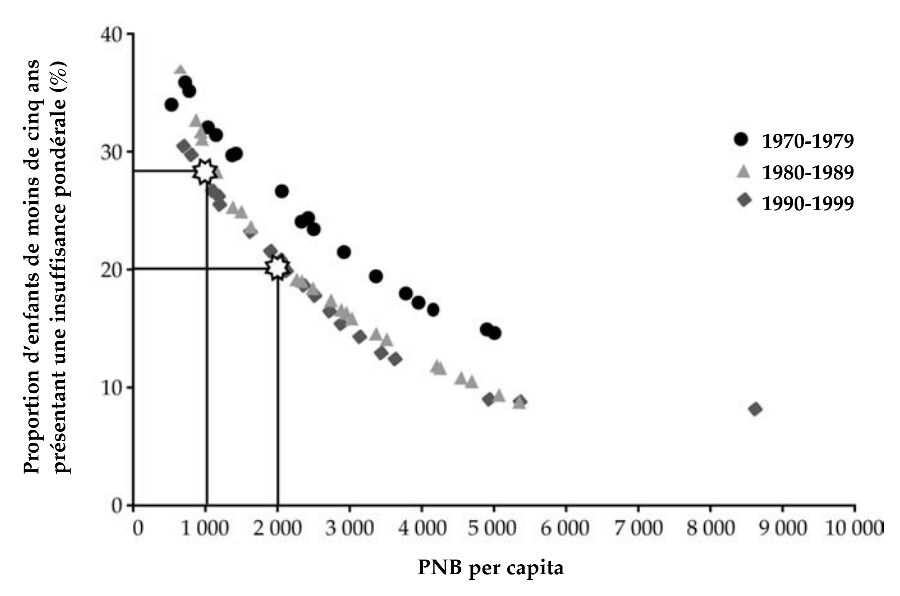
	Méthode	
Type d'intervention	*Enrichissement*	*Supplément*
Iode	0,02-0,05	0,8-2,75[a]
Vitamine A	0,17	0,9-1,25
Fer	0,09-1,00	3,17-5,30
Programme communautaire de promotion de la croissance	Moins intensive 2,00-5,00	Plus intensive 5,00-10,00[b]

Source : Caufield *et al.*, 2004b.

a. Pour des injections d'huile iodée.

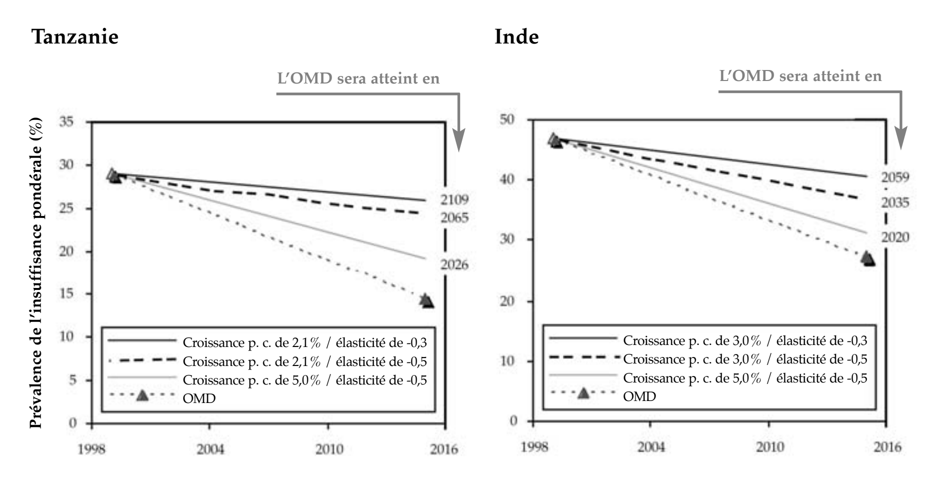
b. Par exemple, avec des travailleurs rémunérés ou des suppléments nutritionnels.

Figure 1.2 Lien entre revenu et malnutrition



Source : Haddad *et al.*, 2002.

Figure 1.3 Réduction estimative de la prévalence de l'insuffisance pondérale selon différents scénarios de croissance économique et d'élasticité revenu-nutrition



Source : Les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale en 1999 sont tirées de www.measuredhs.com. Les projections ont été calculées par les auteurs selon différentes hypothèses.

Tableau 1.4 Réduction de la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale en Tanzanie selon différents scénarios de croissance du revenu et d'étendue des interventions nutritionnelles (%)

		Réduction de l'insuffisance pondérale (%)						
Croissance du revenu per capita (%) depuis 1993	*Diminution de la pauvreté monétaire (%)*	*Pas d'interventions additionnelles*	*Interventions dans 10 % plus de communautés*	*Interventions dans 50 % plus de communautés*	*Interventions dans toutes les communautés*	*Revenu agricole inférieur à 75 % du revenu total des ménages*	*Année d'éducation additionnelle pour le père*	*Augmentation à 95 % de la proportion des enfants vaccinés*
0,0	0,0	0,0	11,0	31,7	**53,4**	1,8	3,6	9,9
0,5	24,7	3,4	14,1	34,4	**55,5**	5,2	7,0	12,9
1,0	44,1	6,8	17,2	37,0	**57,6**	8,5	10,3	15,9
1,5	**55,7**	10,1	20,2	39,5	**59,6**	11,8	13.5	18,8
2,0	**66,6**	13,3	23,2	42,0	**61,5**	15,0	16,7	21,7
2,5	**79,0**	16,5	26,0	44,4	**63,4**	18,1	19,7	24,5
3,0	**84,1**	19,5	28,8	46,7	**65,1**	21,1	22,7	27,2

Source : Alderman, Hoogeveen et Rossi, 2005.
Note : À partir de données du district de Kagera. Les simulations se fondent sur le modèle de régression à effets aléatoires, qui est la stratégie d'estimation la plus populaire. L'année témoin est 1993. Le taux de croissance du revenu per capita de la Tanzanie étant connu pour les années 1993 à 2003 (0,7 % par année), les taux effectifs de croissance requis pour atteindre les taux moyens de 0, 1, 2 et 3 de 1993 à 2015 sont, pour la période de 2003 à 2015, respectivement de -0,5, 1,3, 3,1 et 5,0 %. Les chiffres en caractères gras indiquent l'atteinte de l'OMD.

ne sera que de 10 %. Même avec une croissance du revenu per capita de 3 %, l'OMD relatif à la nutrition ne peut être atteint sans intervention nutritionnelle (tableau 1.4). Une couverture presque complète des programmes nutritionnels s'avère nécessaire pour atteindre l'OMD relatif à la nutrition.

Les forces du marché ne suffisent pas à améliorer la nutrition ; des investissements publics sont nécessaires

Bien que les rendements privés d'une meilleure nutrition soient considérables, la malnutrition persiste. Cela découle en partie de simples contraintes matérielles qui empêchent les familles pauvres d'investir plus de ressources (qu'elles n'ont souvent pas et qu'elles ne peuvent emprunter) dans leurs enfants – des investissements qui ne rapporteront rien avant 10 ou 20 ans.

Deux types d'asymétries informationnelles comptent parmi les raisons fondamentales de l'échec du marché à régler le problème de la malnutrition :

- Les gens ne peuvent savoir que leurs enfants sont en voie de devenir mal nourris parce que le rythme d'une croissance saine, qui constitue

probablement le meilleur indicateur d'une bonne nutrition, ne peut être détecté à l'œil nu. On ne peut non plus le détecter sans test clinique jusqu'à ce que les carences en micronutriments deviennent graves. Les familles ignorent ainsi qu'un problème de nutrition existe avant qu'il ne soit trop tard.

- On ne peut savoir intuitivement ce qu'est une bonne alimentation : les gens ne savent pas toujours quelle nourriture ou quelles habitudes alimentaires sont les meilleures pour leurs enfants et pour eux-mêmes. Parfois, les campagnes de promotion et de publicité concernant des aliments modifient les préférences d'une façon qui ne favorise pas la bonne nutrition, comme le démontre de façon particulièrement évidente l'épidémie d'obésité et de MNT liées aux habitudes alimentaires qui se répand dans les pays en développement, que suscite la disponibilité croissante de nourriture peu dispendieuse à forte densité calorique.

À cause de telles lacunes informationnelles, l'alimentation des enfants ne s'améliore pas nécessairement même lorsque les familles obtiennent des ressources monétaires additionnelles – par exemple en se tournant vers des cultures commerciales[33] ou par des transferts de fonds conditionnels[34]. Étant donné les avantages en termes de production et de redistribution d'investir dans la nutrition, on peut soutenir une intervention publique dans le but de s'assurer que les parents obtiennent l'information dont ils ont besoin et de mettre en place des politiques et des programmes (tels que l'iodation obligatoire du sel) qui combleront ce manque d'information.

Tableau 1.5 Prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'anémie chez les enfants de l'Inde par quintile de revenu

Quintile de revenu	*Proportion d'enfants avec un poids pour âge inférieur à deux écarts-types sous la moyenne*			*Proportion d'enfants de 6 à 59 mois avec des taux de fer inférieurs à 11 g/dl*
	Masculin	*Féminin*	*Masc./Fém.*	*Masc./Fém.*
Enquête nationale sur la famille et la santé 1992-1993 (enfants de 0 à 3 ans)				
Inférieur	61,5	60,3	61,0	—
Deuxième	62,5	58,9	60,6	—
Intermédiaire	57,1	56,9	57,0	—
Quatrième	47,5	49,6	48,5	—
Supérieur	36,0	35,1	35,6	—
Enquête nationale sur la famille et la santé 1998-1999 (enfants de 0 à 2 ans)				
Inférieur	59,7	61,5	60,7	78,8
Deuxième	51,7	56,5	54,0	79,0
Intermédiaire	47,2	51,3	49,2	75,1
Quatrième	37,6	40,3	38,9	72,3
Supérieur	25,2	27,6	26,4	63,9

Source : Gwatkin *et al.*, 2003.
– = Non disponible

Une autre raison qui justifie un investissement public est qu'une meilleure nutrition constitue souvent un bien public (par opposition à un bien privé) dans la mesure où elle contribue au bien-être de l'ensemble de la société. Par exemple, une meilleure nutrition peut réduire la propagation de maladies contagieuses et accroître la productivité économique du pays. De plus, les infrastructures et les institutions qui fournissent des services de nutrition ainsi que l'autorité qui met en place les interventions publiques se retrouvent principalement dans le secteur public, même si certaines interventions (comme celles liées à l'enrichissement alimentaire) nécessitent une intervention beaucoup plus grande du secteur privé.

Nutrition et pauvreté monétaire

La dénutrition et la malnutrition en micronutriments sont elles-mêmes des indicateurs directs de pauvreté, dans le sens général du terme qui inclut le développement humain. Mais la dénutrition est aussi fortement corrélée avec la pauvreté monétaire, même s'il ne s'agit pas du tout de la même chose. La prévalence de la malnutrition est souvent deux à trois fois plus élevée – et parfois encore plus – au sein du quintile de revenu le plus pauvre que dans le quintile supérieur[35]. (Le tableau 1.5 illustre la situation en Inde, où se trouvent presque 40 % des enfants mal nourris dans le monde[36].) Cela indique que des mesures pour améliorer la nutrition sont dans l'intérêt des pauvres et qu'elles augmentent leur potentiel de revenu. Dans les pays où la nutrition des fillettes est moins bonne, on ajoute une dimension d'équité à tout investissement visant à combler cette lacune.

La pauvreté et la malnutrition se renforcent mutuellement dans un cercle vicieux (voir la figure 1.1). La pauvreté est associée à des régimes alimentaires faibles en éléments nutritifs, à des environnements malsains, à des travaux physiques exigeants et à un taux élevé de fertilité, qui augmentent tous la malnutrition (chapitre 2). À son tour, la malnutrition entraîne une diminution de la santé, de l'éducation et du revenu courant et futur, perpétuant ainsi la pauvreté. Ce qui est pire encore est que les femmes pauvres et mal nourries sont susceptibles de donner naissance à des bébés de faible poids, ce qui tend à perpétuer la pauvreté dans la génération suivante. On contribue à mettre fin à ce cercle vicieux et à la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de la malnutrition en s'attaquant à ce problème.

La nutrition et les Objectifs du millénaire pour le développement

La malnutrition est l'un des obstacles les plus importants à l'atteinte des OMD. Il est essentiel d'améliorer la nutrition pour réduire l'extrême pauvreté. La reconnaissance de ce fait est évidente dans le premier OMD, qui vise à éradiquer la pauvreté extrême et la faim. L'objectif est de réduire de moitié entre 1990 et 2015 :

- La proportion d'individus dont le revenu est inférieur à 1 $ par jour.
- La proportion d'individus qui souffrent de la faim (mesurée par le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale).

La première cible réfère à la pauvreté monétaire ; la seconde s'attaque à la pauvreté non monétaire. Les deux indicateurs utilisés pour mesurer le progrès sur le plan de la pauvreté non monétaire sont :

- La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans.
- La proportion de la population qui consomme moins que le niveau minimal d'énergie alimentaire.

Par conséquent, l'amélioration de la nutrition est en soi une cible des OMD. La plupart des évaluations des progrès accomplis pour atteindre les OMD se sont cependant surtout concentrées sur la cible relative à la pauvreté monétaire. Les prévisions générales sont que la plupart des pays restent sur la voie d'atteindre l'objectif de pauvreté. Malgré cela, plusieurs régions ne réussiront pas à atteindre la cible relative à la pauvreté non monétaire (encadré 1.1).

Encadré 1.1 Les Objectifs du millénaire pour le développement sont loin d'être atteints

La Banque mondiale dévoilait récemment un Rapport de suivi mondial qui brossait un tableau pessimiste de la poursuite des OMD qui concernent la faim : cinq ans après l'engagement pris à l'échelle mondiale, les progrès accomplis sont insuffisants pour garantir leur atteinte. L'Afrique subsaharienne n'est en voie d'atteindre aucun OMD. L'objectif de réduire la faim, tout comme les autres, ne sera pas atteint – et l'Afrique est la seule région où la malnutrition ne diminue pas chez les enfants. L'Asie du Sud est sur une mauvaise voie pour ce qui est de six objectifs : l'équité entre les sexes, l'éducation primaire universelle, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, les maladies contagieuses et l'hygiène publique. Et bien que la malnutrition diminue suffisamment dans cette région pour que la cible de l'OMD puisse être atteinte, elle reste à des niveaux absolus très élevés : presque la moitié des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale. Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord sont aussi sur la mauvaise voie pour ce qui est de six objectifs : l'équité entre les sexes, l'éducation primaire universelle, la mortalité infantile, les maladies contagieuses, l'eau et l'hygiène publique. La région Europe et Asie Centrale n'atteindra pas ses objectifs au chapitre de la mortalité infantile, la mortalité maternelle, les maladies contagieuses et l'hygiène publique. Et autant l'Amérique et les Caraïbes que l'Asie de l'Est et le Pacifique sont sur la mauvaise voie pour ce qui est de la mortalité infantile, la mortalité maternelle et les maladies contagieuses.

Source : Extrait de Banque mondiale, 2005b.

Des 143 pays, seulement 34 (24 %) sont sur la voie d'atteindre la cible relative à la pauvreté non monétaire (l'OMD concernant la nutrition) (figures 1.4 et 1.5). Il est particulièrement remarquable qu'aucun pays d'Asie du Sud, où la malnutrition est la plus élevée, n'atteindra l'OMD – même si le Bangladesh sera près d'y parvenir et que l'Asie dans son ensemble l'atteindra. Un autre phénomène inquiétant est la présence de plusieurs pays où la situation se détériore en ce qui a trait à la nutrition. Plusieurs de ces pays sont en Afrique, où le VIH et la dénutrition ont un lien particulièrement étroit et se renforcent mutuellement. Par ailleurs, aucune donnée n'est disponible pour indiquer si des progrès ont été accomplis dans 57 pays.

L'amélioration de la nutrition est non seulement une partie intrinsèque de l'atteinte du premier OMD, mais elle est aussi un élément essentiel du progrès vers l'atteinte des cinq autres objectifs (tableau 1.6).

Nutrition et droits de la personne

Selon la Déclaration universelle des droits de la personne de 1948, une santé adéquate, incluant une nourriture adéquate, sont des droits humains fondamentaux. Les droits à la santé et à la nutrition ont été réaffirmés dans la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée en 1989 par tous les pays membres des Nations Unies sauf deux. Le droit à une nutrition adéquate fait également partie de la constitution de plusieurs pays – par exemple l'Éthiopie, le Guatemala, l'Inde, le Pérou et l'Afrique du Sud. Les gouvernements ont le mandat de s'assurer que ces droits sont protégés, en particulier chez les enfants, les personnes âgées, les personnes vulnérables et les handicapés. La communauté du développement a de même fermement soutenu la perspective du développement qui s'appuie sur les droits au cours des dernières années.

Les interventions nutritionnelles servent souvent de filet de sécurité sociale lorsque surviennent des bouleversements (voir encadré 3.2). Cela est aussi vrai pour les pays qui connaissent des réformes ; la présence d'un filet de sécurité tel que des programmes de nutrition peut accroître le niveau de tolérance de la population envers des bouleversements comme les réformes du secteur public, augmentant ainsi le potentiel de succès de ces réformes tout en assurant la protection des droits humains fondamentaux.

Les connaissances techniques nécessaires pour améliorer la nutrition

Comme le Consensus de Copenhague l'a montré de façon détaillée, nous savons quoi faire pour améliorer la nutrition, et les rendements attendus d'investissements dans la nutrition sont élevés. En comparaison de

Figure 1.4 Progrès accomplis pour atteindre la cible relative à la pauvreté monétaire

En voie d'accomplissement (24 %)

Afrique (7)
Angola
Bénin
Botswana
Gambie
Mauritanie
Tchad
Zimbabwe

Asie de l'Est et Pacifique (5)
Chine
Indonésie
Malaisie
Thaïlande
Vietnam

Europe et Asie centrale (6)
Arménie
Croatie
Kazakhstan
Kyrghistan
Roumanie
Turquie

Amérique latine et Caraïbes (10)
Bolivie
Chili
Colombie
Guyane
Haïti
Jamaïque
Mexique
Pérou
Rép. dominicaine
Venezuela

Moyen-Orient et Afrique du Nord (6)
Algérie
Égypte
Iran
Jordanie
Syrie
Tunisie

Asie du Sud (0)

Quelques améliorations, mais l'objectif reste hors d'atteinte

Afrique (14)
Côte d'Ivoire
Érythrée
Gabon
Ghana
Kenya
Madagascar
Malawi
Mozambique
Nigéria
Ouganda
Rép. centrafricaine
Rép. dém. du Congo
Rwanda
Sierra Leone

Asie de l'Est et Pacifique (3)
Cambodge
Laos
Philippines

Europe et Asie centrale (0)

Amérique latine et Caraïbes (4)
El Salvador
Guatemala
Honduras
Nicaragua

Moyen-Orient et Afrique du Nord (1)
Maroc

Asie du Sud (4)
Bangladesh*
Inde
Pakistan
Sri Lanka

Situation qui se détériore (18 %)

Afrique (13)
Burkina Faso
Cameroun
Îles Comores
Éthiopie
Guinée
Lesotho
Mali
Niger
Sénégal*
Soudan
Tanzanie*
Togo
Zambie

Asie de l'Est et Pacifique (2)
Mongolie
Myanmar

Europe et Asie centrale (4)
Albanie
Azerbaïdjan
Féd. de Russie
Serbie et Monténégro

Amérique latine et Caraïbes (3)
Argentine
Costa Rica
Panama

Moyen-Orient et Afrique du Nord (2)
Irak
Rép. du Yémen

Asie du Sud (2)
Maldives
Népal

Aucune donnée disponible sur la tendance (40 %)

Afrique (14)
Burundi
Cap-Vert
Rép. du Congo
Guinée équatoriale
Guinée
Guinée-Bissau
Île Maurice
Libéria
Namibie
Sâo Tomé-et-Principe
Seychelles
Somalie
Afrique du Sud
Swaziland

Asie de l'Est et Pacifique (11)
Îles Fidji
Kiribati
Îles Marshall
États fédérés de Micronésie
Palau
Papouasie–Nouvelle-Guinée
Samoa
Îles Salomon
Timor-Leste
Tonga
Vanuatu

Europe et Asie centrale (17)
Belarus
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
ERY de Macédoine
Estonie
Géorgie
Hongrie
Lettonie
Lituanie
Moldavie
Pologne
Rép. slovaque
Rép. tchèque
Tadjikistan
Turkménistan
Ukraine
Ouzbékistan

Amérique latine et Caraïbes (12)
Belize
Brésil
Dominique
Équateur
Grenade
Paraguay
Saint-Kitts-et-Nevis
Sainte-Lucie
Saint-Vincent
Surinam
Trinité-et-Tobago
Uruguay

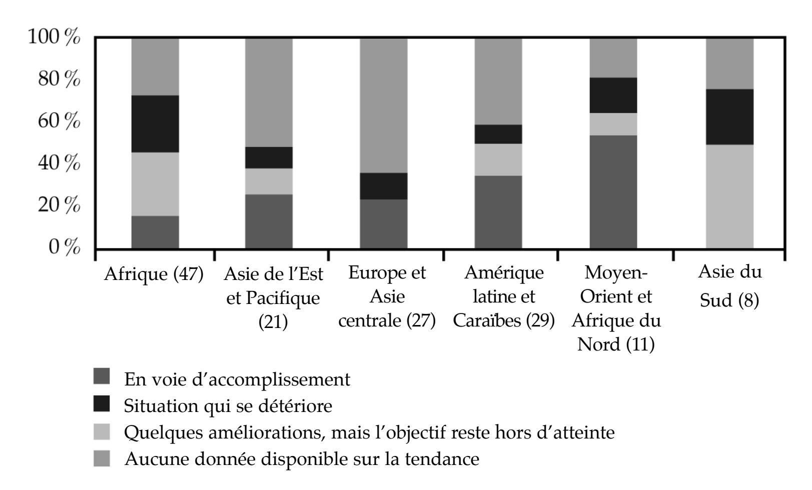
Moyen-Orient et Afrique du Nord (2)
Djibouti
Liban

Asie du Sud (2)
Afghanistan
Bhoutan

Source : Calculs de l'auteur. Voir également l'annexe technique 5.6.
Note : Tous les calculs sont basés sur des données de tendance de 1990-2002 de la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants de l'OMS (en date d'avril 2005). Les astérisques indiquent les pays qui ont subséquemment dévoilé des données préliminaires issues d'enquêtes sur la santé et la démographie qui laissent entrevoir une amélioration. Ces pays pourraient donc être classifiés dans une autre catégorie lorsque leurs données seront officiellement publiées.



Figure 1.5 Progrès accomplis pour atteindre la cible relative à la pauvreté non monétaire (OMD lié à la nutrition)



Source : Calculs de l'auteur. Voir également l'annexe technique 5.6.

nombreux autres investissements possibles dans le domaine du développement, y compris les libéralisations commerciales et la déréglementation du secteur privé, l'éradication du paludisme, ou l'eau et l'hygiène publique, la fourniture de micronutriments a été classée au deuxième rang parmi les meilleurs moyens de relever les défis du développement mondial. D'autres types d'investissements nutritionnels ont aussi obtenu un rang élevé (tableau 1.7). Les interventions directes pour améliorer la nutrition sont par conséquent souhaitables et ont un potentiel de rendement élevé.

L'argument ultime en faveur d'investissements dans la nutrition est qu'il existe des modèles et des expériences éprouvés pour réduire la plupart des formes de malnutrition – des modèles et expériences qui n'ont pas été adéquatement exploités à une large échelle (voir le chapitre 4). Dans certains pays qui font figure d'exception, les programmes de nutrition ont une couverture quasi universelle (Chili, Costa Rica, Cuba et Thaïlande) et la malnutrition a rapidement diminué (voir la figure 2.12). D'autres pays qui ont d'importants programmes de nutrition ont cependant des lacunes significatives sur le plan de la couverture et de la qualité. Si la dénutrition et la malnutrition en micronutriments persistent toujours à des niveaux élevés, ce n'est pas parce que nous ne savons pas comment les réduire, ni parce que des pays ont appliqué les meilleures pratiques mais échoué à y parvenir. C'est parce que la plupart des pays n'ont pas investi à une échelle suffisamment large pour que ceux qui en ont le plus besoin puissent bénéficier de ces techniques éprouvées. De plus, de

nombreux pays qui ont procédé aux investissements ont utilisé des types d'interventions moins efficaces et stratégiques (comme le programme d'alimentation scolaire), ou n'ont pas porté attention à la qualité de la mise en œuvre de ces interventions.

Certaines données sur la couverture des programmes peuvent servir de mesure intermédiaire du sous-investissement en comparaison de la gravité de la dénutrition (tableau 1.8 et cartes 1.1 et 1.2). Même si la couverture pour les micronutriments est quelque peu plus élevée, on retrouve des divergences similaires entre les besoins et les investissements (pour la vitamine A et l'iode, voir les cartes 1.3 et 1.4).

En conclusion, il existe un écart important entre l'ampleur du problème de nutrition (chapitre 2) et la couverture des investissements actuels. La

Tableau 1.6 Mesure dans laquelle l'investissement dans la nutrition est crucial pour atteindre les OMD

Objectif	*Effet nutritionnel*
Objectif 1 : Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim.	La malnutrition entame le capital humain par des effets irréversibles et intergénérationnels sur le développement cognitif et physique.
Objectif 2 : Rendre l'éducation primaire universelle.	La malnutrition affecte les chances d'un enfant d'aller à l'école, d'y rester et d'obtenir de bons résultats.
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité entre les sexes et émanciper les femmes.	Un accès plus restreint pour les femmes aux ressources de nourriture, de santé et de soins peut entraîner la malnutrition, réduisant ainsi leur capacité d'acquérir des avoirs. S'attaquer à la malnutrition donne plus de moyens aux femmes qu'aux hommes.
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile.	La malnutrition est directement ou indirectement associée à la plupart des décès d'enfants et est le principal facteur qui contribue au fardeau de la maladie dans les pays en développement.
Objectif 5 : Améliorer la santé des mères.	La santé des mères est compromise par la malnutrition, qui est associée à la plupart des facteurs de risque entraînant leur décès. En particulier, les retards de croissance et les carences en fer et en iode posent de sérieux problèmes.
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.	La malnutrition peut accroître le risque de transmettre le VIH, compromettre l'efficacité de la thérapie antirétrovirale et hâter l'apparition du sida avéré. Elle accroît les risques d'infection à la tuberculose, débouchant sur la maladie, et réduit également le taux de survie au paludisme.

Source : Adapté de Gillespie et Haddad (2003).

Tableau 1.7 Le Consensus de Copenhague classe l'apport de micronutriments comme l'un des meilleurs investissements

Classement	*Défi*	*Possibilités de développement*
Très bon	1. Maladies	Contrôler le VIH/sida
	2. Malnutrition et faim	Fournir des micronutriments
	3. Subventions et commerce	Libéraliser le commerce
	4. Maladies	Contrôler le paludisme
Bon	5. Malnutrition et faim	Développer de nouvelles technologies agricoles
	6. Hygiène publique et eau	Développer des technologies aquatiques à petite échelle
	7. Hygiène publique et eau	Mettre en place des systèmes gérés par la communauté
	8. Hygiène publique et eau	Effectuer des recherches sur l'utilisation de l'eau dans l'agriculture
	9. Gouvernement	Réduire les coûts pour les nouvelles entreprises
Moyen	10. Migration	Réduire les barrières à la migration
	11. Malnutrition et faim	Améliorer la nutrition des nourrissons et des enfants
	12. Maladies	Accroître la fourniture de soins de santé de base
	13. Malnutrition et faim	Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance
Faible	14-17. Climat/migration	Variés

Source : Bhagwati *et al.*, 2004.

Tableau 1.8 Couverture des interventions en matière de nutrition dans quelques programmes de grande envergure

Programme/pays	*Couverture*
ICDS/Inde	On prétend qu'il couvre 90 % des blocs de développement du pays, mais seulement la moitié des villages appartenant aux deux déciles inférieurs de richesse ont accès au programme, et les individus qui sont laissés pour compte semblent être les plus pauvres et les jeunes enfants[a]
NNP/Bangladesh	Vise à couvrir 105 des 464 *upazilas* (couverture supérieure à 25 %)
AIN/Honduras	Rejoint seulement 24 des 47 districts de santé
SEECALINE/Madagascar	Rejoint seulement 62 des 111 districts

Source : Divers rapports non publiés de la Banque mondiale.
a. Gragnolati *et al*. (à paraître).

couverture des programmes de micronutriments est plus étendue que celle des programmes visant l'insuffisance pondérale. Les investissements consacrés aux deux programmes sont néanmoins beaucoup plus modestes que ce qui devrait être le cas, et cela, bien qu'il existe de nombreux modèles et des expériences réussies pour s'attaquer à la malnutrition (chapitres 3 et 4).

Notes

1. Hunt, 2005.
2. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
3. Hunt, 2005.
4. Ezzati *et al.*, 2002.
5. Pelletier, Frongillo et Habicht, 1994 ; Caulfield *et al.*, 2004a ; Caulfield, Richard et Black, 2004 ; Bryce *et al.*, 2005.
6. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
7. UNICEF et MI, 2004a.
8. Behrman et Rosensweig, 2001.
9. Hunt, 2005.
10. Strauss et Thomas, 1998 ; Horton et Ross, 2003.
11. IASO, 2004.
12. Popkin, Horton et Kim, 2001.
13. Strauss et Thomas, 1998.
14. Grantham-McGregor, Fernald et Sethurahman, 1999.
15. Horton et Ross, 2003.
16. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
17. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
18. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
19. Pollitt, 1990.
20. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004 ; Pollitt, 1990.
21. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
22. Richards *et al.*, 2001 ; Richards *et al.*, 2002 ; Matte *et al.*, 2001.
23. Il a été calculé à partir de l'hypothèse que tous les enfants qui ne présentent pas d'insuffisance pondérale à la naissance survivraient jusqu'à l'âge adulte et deviendraient des travailleurs manuels. Lorsqu'on ajuste en tenant compte de la mortalité selon l'âge, l'économie est de 510 $ (échanges personnels avec Alderman).
24. Alderman et Behrman, 2004.
25. IFPRI, 2003.
26. Horton, 1999.
27. Gragnolati (à paraître).
28. AED, 2003.
29. Darnton-Hill, 2005.
30. Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004.
31. Darnton-Hill, 2005.
32. Haddad, 2003.
33. Von Braun, 1995.
34. Behrman et Hoddinott, 2001 ; Morris *et al.*, 2004.
35. Wagstaff et Watanabe, 2001 ; Gwatkin *et al.*, 2003.
36. Voir Gwatkin *et al.*, 2003, pour d'autres pays.

Chapitre 2

La malnutrition est-elle grave et pourquoi se produit-elle ?

Le chapitre 1 a présenté les raisons économiques et autres qui justifient d'investir dans l'amélioration de la nutrition. Ce chapitre décrit plus en détail l'étendue gigantesque du problème de la nutrition (aussi bien la surcharge que l'insuffisance pondérales) aux niveaux mondial, régional et national, de façon à renforcer les arguments en faveur d'un investissement dans la nutrition.

Près du tiers des enfants du monde souffrent d'une insuffisance pondérale ou de retard de croissance, et les carences en micronutriments affectent plus de 30 % de la population des pays en développement. Les pauvres sont les plus affectés par ce problème. L'écart entre le monde développé et le monde en développement sur le plan de la malnutrition est très large et les iniquités vont en s'accroissant. L'Asie continue d'avoir à la fois le plus haut taux et le plus grand nombre d'enfants mal nourris dans le monde. L'Afrique est le seul continent où le taux de malnutrition augmente. L'épidémie d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT) liées aux habitudes alimentaires se répand dans les mêmes pays et souvent les mêmes ménages où la dénutrition est déjà un grave problème.

On observe que la malnutrition n'est pas simplement le résultat de l'insécurité alimentaire des ménages : nombre d'enfants qui vivent dans un environnement caractérisé par la sécurité alimentaire présentent une insuffisance pondérale ou un retard de croissance en raison de mauvaises pratiques en matière d'alimentation et de soins des nourrissons, d'un accès limité aux soins de santé et de mauvaises conditions d'hygiène, sauf dans le cas de situations de famine. La malnutrition est souvent liée à des questions de condition féminine, comme le fait que les femmes manquent de temps. Même si la malnutrition est plus répandue parmi les pauvres, elle affecte également les mieux nantis – ce qui laisse croire que le comportement est souvent la cause sous-jacente de la malnutrition.

Les pires dommages causés par la malnutrition arrivent durant la grossesse et les deux premières années de la vie de l'enfant, et la plupart de ces dommages sont irréversibles. Des données préliminaires indiquent que l'obésité et les MNT liées aux habitudes alimentaires pourraient aussi trouver leur origine dans les premières années de l'enfance. La période la plus propice pour s'attaquer à la malnutrition est donc très courte et s'étend du moment qui précède la conception jusqu'à l'âge de deux ans. Des investissements et des interventions subséquents sont moins susceptibles de renverser les dommages provoqués pendant les premières années.

Plus du quart de tous les enfants dans les pays en développement souffrent d'une insuffisance pondérale ou de retard de croissance. Le tiers de la population mondiale (presque deux milliards de personnes) souffre de diverses formes de troubles liés à la carence en iode. Un même nombre de gens présentent une carence en fer, ce qui mène à l'anémie. Environ le quart des enfants de moins de cinq ans (127 millions) ont des carences en vitamine A, ce qui accroît le risque d'une mort prématurée[1]. En même temps, la proportion de gens qui souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité est en hausse, souvent dans les mêmes pays où la dénutrition et la malnutrition en micronutriments sont concentrées, ce qui entraîne ce qu'on appelle souvent le « double fardeau de la malnutrition ». Quelque 1,1 milliard d'adultes ont un surplus de poids et 300 millions sont obèses[2].

La dénutrition

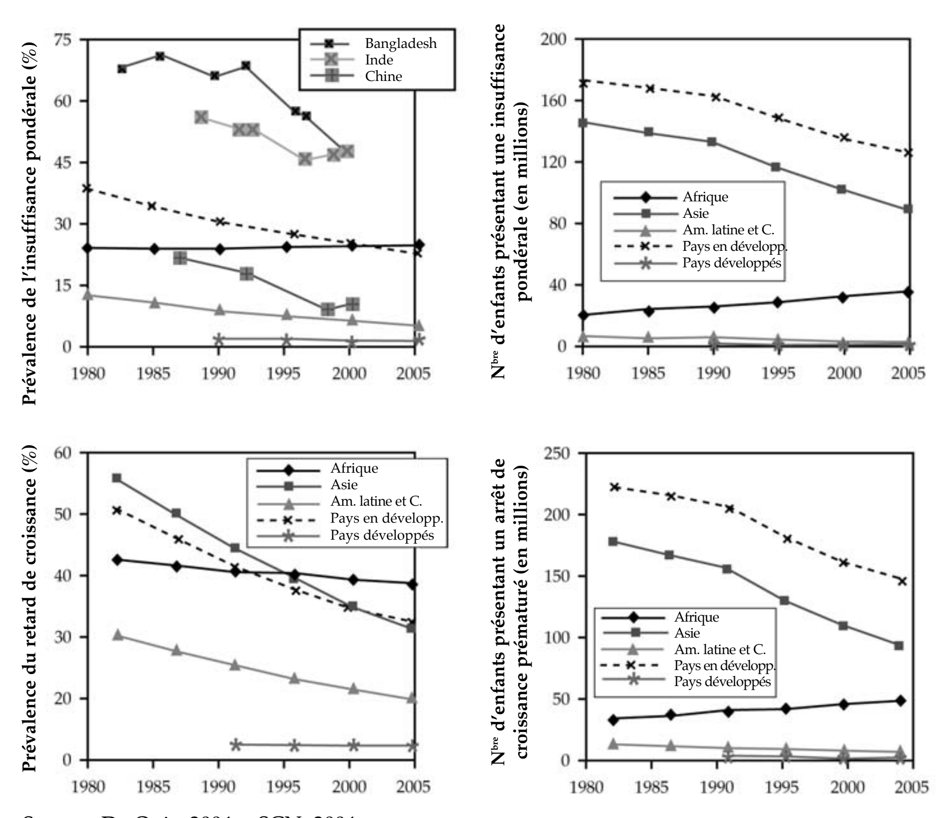
L'« écart de la malnutrition » entre les pays développés et les pays en développement est immense. Vingt-sept pour cent (plus de 147 millions) des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance et 23 % (plus de 126 millions) souffrent d'insuffisance pondérale dans les pays en développement. Les chiffres correspondants pour les pays développés sont de 2,6 % pour le retard de croissance et de 1,1 % pour l'insuffisance pondérale. En Afrique, environ 24 % des enfants souffrent d'insuffisance pondérale et 35 % souffrent d'un retard de croissance ; entre 35 et 50 millions d'enfants de moins de cinq ans sont affectés. Ce qu'on sait moins est qu'en Asie les taux moyens d'insuffisance pondérale sont un peu plus élevés qu'en Afrique (26 %) et que dans plusieurs grands pays d'Asie du Sud, autant les taux d'insuffisance pondérale que de retard de croissance font presque le double de ceux qui prévalent en Afrique (38 à 51 %). La dénutrition est donc pire en Asie, où l'on retrouve 92 millions d'enfants souffrant de retard de croissance et 89 millions souffrant d'insuffisance pondérale (encadré 2.1)[3].

Dans une récente étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on prévoyait que la prévalence de l'insuffisance pondérale dans les pays en développement allait diminuer de 36 % (de 30 % en 1990 à 19 % en 2015) – soit considérablement moins que la cible de 50 % nécessaire pour atteindre l'OMD durant cette période[4]. Ces données globales masquent des différences interrégionales qui s'amplifient de façon inquiétante. Une bonne partie de l'amélioration prévue à l'échelle mondiale est attribuable à la baisse attendue de 35 à 18 % en Asie, principalement à cause de la Chine. Par contraste, la prévalence de l'insuffisance pondérale devrait s'accroître de 24 à 27 % en Afrique. La situation est critique en Afrique de l'Est – une région fortement touchée par le VIH/sida, qui est étroitement lié à la

malnutrition. On prévoit que la prévalence de l'insuffisance pondérale y sera 25 % plus élevée en 2015 qu'elle l'était en 1990.

Même en Asie de l'Est, en Amérique latine et en Europe de l'Est, de nombreux pays continuent de porter un lourd fardeau de dénutrition et de malnutrition en micronutriments (Cambodge, Indonésie, Laos, Philippines et Vietnam ; Guatemala, Haïti et Honduras ; et Ouzbékistan, pour n'en nommer que quelques-uns). Dans plusieurs de ces pays, tels que le Guatemala et la République du Yémen, les niveaux de dénutrition sont bien plus élevés que dans la région dans son ensemble. Il est possible que ces taux élevés de dénutrition échappent à l'attention des partenaires internationaux du développement à moins que l'on fasse des efforts spéciaux pour souligner cette question au sein des régions dont la performance est bonne dans son ensemble (figure 2.1).

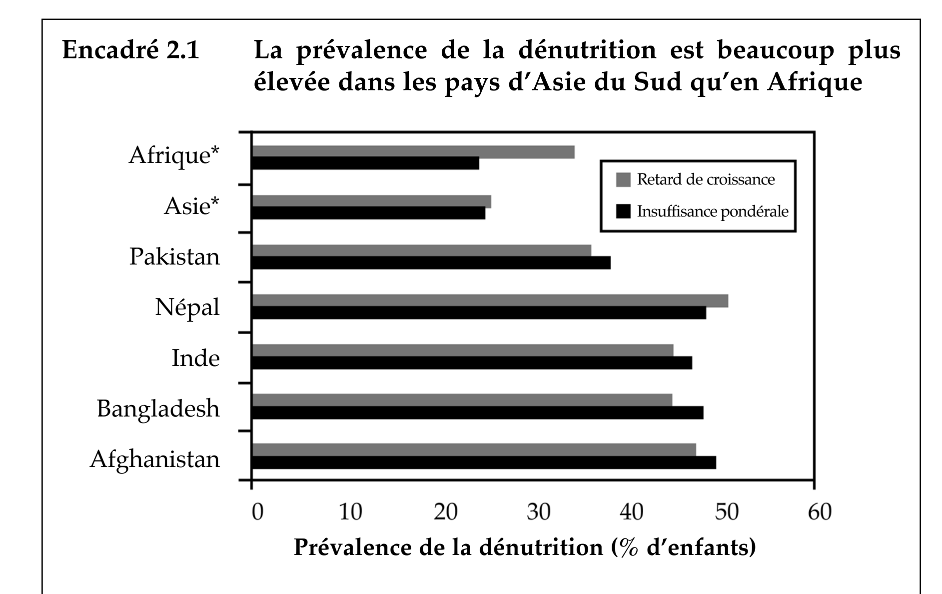
Figure 2.1 Prévalence et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, 1980-2005



Source : De Onis, 2004a ; SCN, 2004.
Note : Les estimations se fondent sur les régions de l'OMS. La prévalence et les nombres sont également présentés dans l'annexe 2.1.

Les données régionales et locales masquent d'autres inégalités, comme on peut le constater en observant les très hauts niveaux d'insuffisance pondérale au Bangladesh et en Inde (voir encadré 2.1) et les très hauts niveaux de dénutrition dans des pays d'Amérique latine (comme le Guatemala), du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (comme la République du Yémen) et d'Europe de l'Est et d'Asie centrale (comme l'Ouzbékistan) (figure 2.12). Bien que les tendances actuelles laissent croire que l'Asie pourrait se rapprocher de la cible de l'OMD, il est probable que de larges écarts subsistent entre

Encadré 2.1 La prévalence de la dénutrition est beaucoup plus élevée dans les pays d'Asie du Sud qu'en Afrique



Source : De Onis *et al.*, 2004a ; SCN, 2004.
* Les estimations se fondent sur les régions de l'OMS.
Note : L'Inde, le Bangladesh, le Népal et l'Afghanistan ont des taux d'insuffisance pondérale similaires à ceux de l'Éthiopie (voir la figure 2.12).

- Les nombres ainsi que les taux d'insuffisance pondérale et de retard de croissance chez les enfants sont extrêmement élevés, surtout en Asie du Sud.
- Les taux d'insuffisance pondérale dans plusieurs grands pays d'Asie du Sud sont près du double de ceux qui prévalent en Afrique dans son ensemble.
- Même si les nombres sont censés diminuer partout sauf en Afrique, la majorité des mal nourris continueront de se trouver en Asie en 2015.

Contrairement à l'opinion répandue, les taux de dénutrition (et le nombre de personnes affectées) sont beaucoup plus élevés en Asie qu'en Afrique. Malgré cela, les partenaires du développement continuent d'investir en Afrique beaucoup plus qu'en Asie.

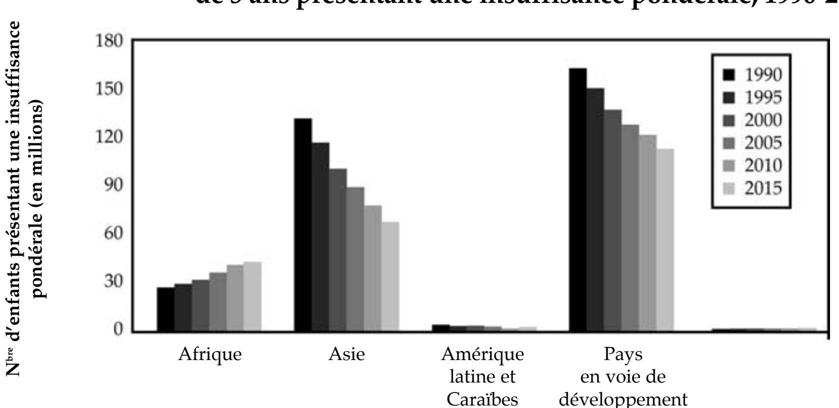
les pays asiatiques, certains des plus grands pays continuant de tirer de l'arrière. Les iniquités risquent d'être beaucoup plus grandes à l'intérieur de ces pays – les régions rurales, les plus démunis, et dans certains cas les fillettes, accusant un retard. En chiffres absolus, on prévoit que le nombre total d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale dans le monde diminuera de près du tiers, de 164 millions en 1990 à 113 millions en 2015[5]. Même si les nombres sont censés diminuer partout sauf en Afrique, la majorité des mal nourris continueront de se trouver en Asie en 2015 (figure 2.2).

Les iniquités en matière de nutrition, y compris les différences entre les régions rurales et urbaines et les inégalités de revenu et entre les sexes, non seulement persisteront mais souvent s'accroîtront. Des données en provenance de l'Inde illustrent l'étendue de ces iniquités entre les quintiles de revenu pour les taux d'insuffisance pondérale et pour ceux d'anémie (voir le tableau 1.5). Les taux d'insuffisance pondérale sont beaucoup plus élevés au sein du quintile le plus pauvre et leur rythme de décroissance est beaucoup moins rapide. Les iniquités entre les riches et les pauvres vont donc en augmentant. Des données au niveau des régions et des pays sur la prévalence de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance chez les enfants montrent des écarts considérables, même entre des pays situés dans la même région (figure 2.12 et annexe technique 5.6).

L'insuffisance pondérale à la naissance

L'Asie du Sud présente le taux le plus élevé de bébés nés avec une insuffisance pondérale (28 %), suivie du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord et

Figure 2.2 Tendances prévisionnelles du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 1990-2015

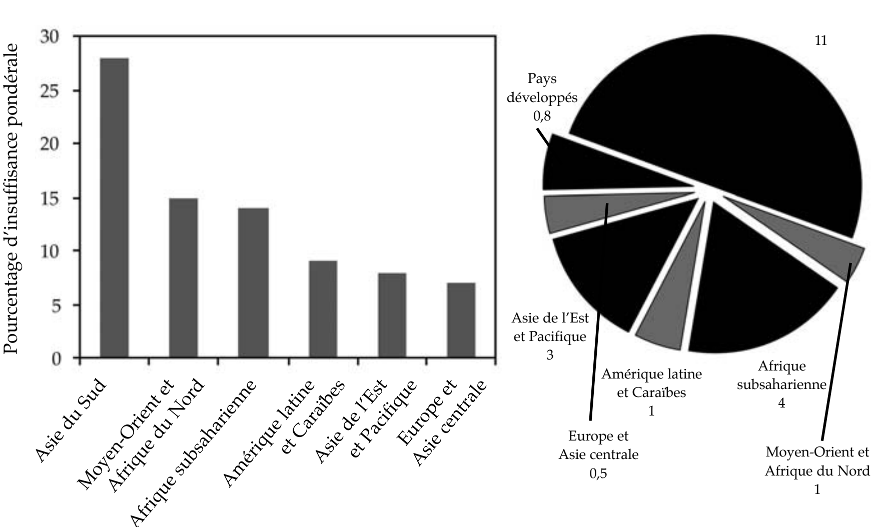


Source : De Onis *et al.* (2004a, 2004b).
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

du reste de la région Afrique. L'insuffisance pondérale à la naissance est un problème beaucoup moins pressant dans les régions Amérique latine et Caraïbes, Asie de l'Est et Pacifique, et Europe et Asie centrale. Les taux élevés d'insuffisance pondérale à la naissance contribuent aux hauts taux d'insuffisance pondérale et de retard de croissance, surtout en Asie du Sud. La population nombreuse en Asie du Sud fait en sorte que ces taux sont multipliés à plusieurs reprises. L'Asie du Sud compte ainsi le plus grand nombre de bébés nés avec un faible poids, ce qui mènera plus tard au plus grand nombre d'enfants souffrant de dénutrition. Le poids à la naissance est également un problème en Afrique, mais à une échelle plus modeste.

Les enfants nés avec une insuffisance pondérale sont désavantagés avant même d'être nés et l'expérience démontre que ces enfants reprendront rarement un poids normal[6]. De plus, les données montrent que les principales causes d'insuffisance pondérale sont une mauvaise alimentation de la mère, l'anémie, le paludisme, la diarrhée, les maladies transmises sexuellement, de même que des maladies telles que la schistosomose là où elles sont endémiques. Dans des pays plus industrialisés, fumer la cigarette pendant la grossesse est la principale cause d'insuffisance pondérale à la naissance[7].

Figure 2.3 Prévalence et nombre de nourrissons présentant une insuffisance pondérale



Source : UNICEF et OMS, 2004.
Note : Les estimations se fondent sur les régions de l'UNICEF.

Des études récentes ont montré que les bébés nés avec un faible poids sont beaucoup plus susceptibles d'être sujets à l'obésité abdominale et à des maladies non transmissibles lorsqu'ils seront adultes. On débat encore de ce phénomène, surnommé « l'hypothèse de Barker » ou « l'origine fœtale des maladies de l'adulte », surtout parce que la plupart des preuves à l'appui de cette hypothèse sont tirées de l'observation plutôt que de cadres expérimentaux[8]. L'objectif n'est pas ici de faire un tour d'horizon de toute la littérature sur ce sujet, mais de noter simplement que cette hypothèse a été bien documentée dans divers cadres d'observation (aux Pays-Bas, en Suède, en Inde, en Chine, et dans plusieurs autres pays)[9]. Les résultats d'une étude menée au Japon laissent croire qu'une insuffisance pondérale à la naissance et des taux moins élevés de croissance durant l'enfance sont associés de manière indépendante à une augmentation de la pression artérielle et du cholestérol sérique à l'âge adulte[10]. En Finlande, on a montré qu'un faible poids pour taille est associé à un risque accru des maladies coronariennes, et qu'un petit poids et une petite taille à l'âge de un an font en sorte d'accroître ce risque[11].

Des données en provenance d'études longitudinales faites sur 300 000 conscrits de 19 ans sujets à la famine de 1944-1945 aux Pays-Bas montrent que la malnutrition maternelle durant les premières phases de la grossesse est associée à un indice de masse corporelle plus élevé (IMC, poids pour taille) et à un fort tour de taille chez les femmes de 50 ans, mais pas chez les hommes. L'étude a également révélé que le taux d'obésité était plus élevé chez les femmes exposées à la famine au début de la grossesse, par opposition à celles qui y ont été exposées pendant le dernier trimestre[12]. Le moment où la privation de nourriture est survenue (au début ou vers la fin de la grossesse) influençait également la susceptibilité au diabète et à la haute tension artérielle[13].

Plusieurs des études de type observationnel concluent qu'une plus forte croissance pendant la grossesse, la petite enfance et l'enfance pourrait réduire substantiellement l'incidence de MNT à l'âge adulte. Ce lien pourrait expliquer pourquoi les pays en développement qui ont un nombre élevé d'enfants qui naissent avec un faible poids et qui souffrent d'insuffisance pondérale sont les mêmes qui font face aujourd'hui au double fardeau d'un nombre élevé d'adultes qui souffrent de surcharge pondérale ou qui ont des MNT, comme on le verra dans les prochaines sections.

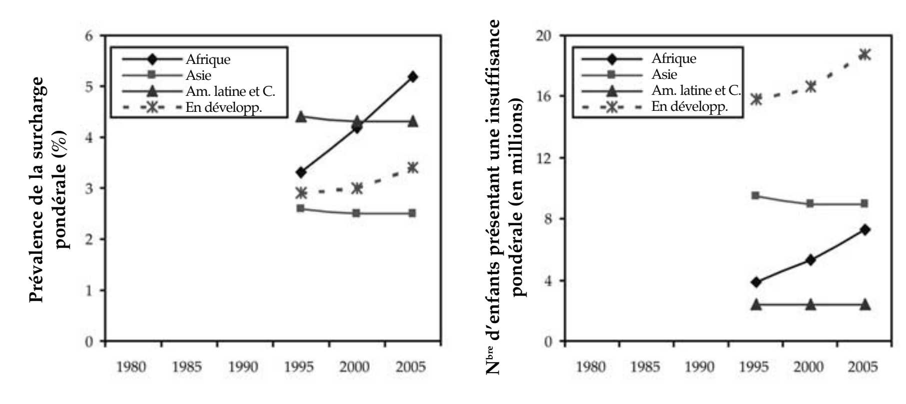
L'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation

Le Groupe de travail international sur l'obésité estime qu'environ 1,1 milliard d'adultes présentent une surcharge pondérale, parmi lesquels 300 millions sont obèses[14]. Environ 155 millions d'enfants d'âge scolaire présentent un surpoids, y compris environ 40 millions qui sont obèses. Le surpoids et les MNT comptent pour environ 46 % du fardeau global de la maladie et pour

environ 60 % des décès à l'échelle mondiale, parmi lesquels 79 % surviennent dans les pays en développement[15]. On s'attend à ce que le fardeau de la maladie et la mortalité attribuables à ces deux facteurs atteignent 60 % et 73 % d'ici 2020. Les tendances dans les taux de surnutrition – qui se manifeste en tant qu'obésité ou qu'excès de sucre ajouté et d'acides gras saturés ou trans dans l'alimentation – sont alarmantes. Prenons trois exemples sur trois continents : au Mexique, les taux d'obésité chez les hommes adultes ont triplé depuis 1988 ; en Chine, plus de 200 millions d'adultes sont affectés – une enquête de 2002 révèle que 23 % des adultes à l'échelle du pays présentent une surcharge pondérale, dont 7 % sont obèses, et que 8 % des enfants sont obèses ; en Afrique du Sud en 1998, 29 % des hommes et 56 % des femmes souffraient d'un surpoids ou d'obésité[16]. Les hauts taux de surpoids coexistent de plus en plus avec les hauts taux d'insuffisance pondérale – une enquête nationale menée en 1999 en Chine a révélé qu'un enfant sur cinq de moins de 9 ans présentant un surpoids avait souffert d'un retard de croissance à cause de dénutrition chronique alors qu'il était bébé.

Les tendances en ce qui a trait au surpoids chez les enfants de moins de cinq ans sont elles aussi alarmantes, bien qu'elles soient basées sur des données en provenance d'un nombre limité de pays (figure 2.4), et cela pour tous les pays en développement et en particulier ceux de l'Afrique, où les taux semblent augmenter beaucoup plus rapidement (58 % d'augmentation) que dans les pays en développement en général (17 %). Le manque de données nous empêche de trouver les raisons définitives qui expliqueraient pourquoi l'Afrique est caractérisée par une tendance aussi exagérée ; la corrélation entre le surpoids maternel et le surpoids infantile pointe toutefois vers une partie de la réponse (figure 2.5).

Figure 2.4 Tendances de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans



Source : SCN (2004).
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

Figure 2.5 Surpoids maternel et infantile

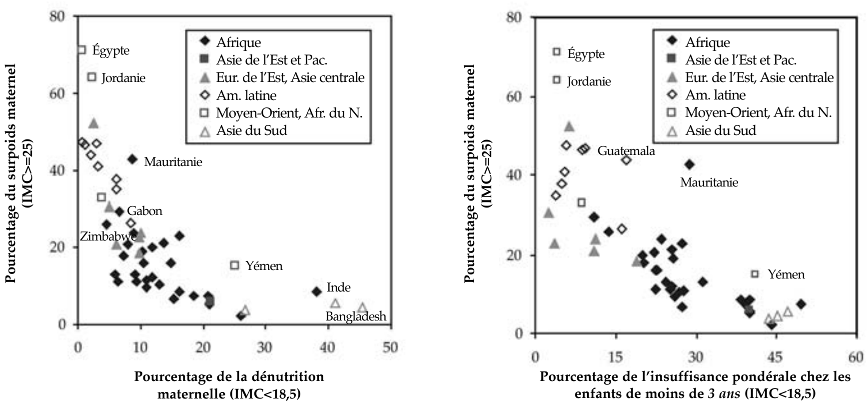
Afrique subsaharienne
Asie de l'Est et Pacif.
Europe et Asie centrale
Am. latine et Caraïbes
Moyen-Or. et Afr. du N.
Asie du Sud
Égypte
Jordanie
Turquie
Pérou
Arménie
Comores
Ouzbékistan
% de surpoids maternel (IMC>=25)
0 20 40 60 80
0 5 10 15 20

% de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans (poids pour taille > deux écarts-types)

Source : Calculs de l'auteur à partir de données tirées de measuredhs.com.



Figure 2.6 Le surpoids maternel par rapport à la dénutrition maternelle et infantile



Source : Calculs effectués par l'auteur, sur la base des données provenant de measuredhs.com.

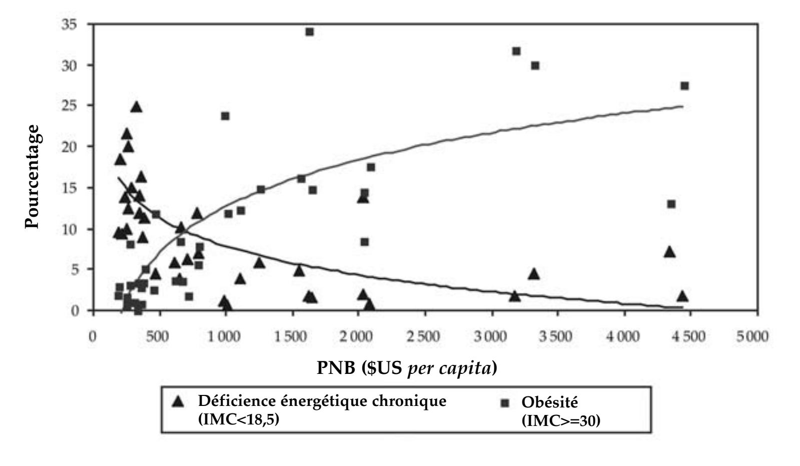
Des données comparables pour les taux de surpoids et d'obésité chez les mères montrent des tendances tout aussi alarmantes. Les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont les plus hauts taux de surpoids maternel, suivis par ceux d'Amérique latine et des Caraïbes. Plusieurs pays africains ont toutefois des taux de surpoids maternel au-delà de 20 % – en Mauritanie, plus de 40 % des mères présentent une surcharge pondérale.

On constate aussi que les cas de surcharge pondérale se retrouvent dans les mêmes pays où la dénutrition infantile et maternelle est très répandue et dans plusieurs pays dont le PNB per capita est faible (figures 2.6 et 2.7). De plus, 60 % des ménages contenant une personne souffrant d'insuffisance pondérale avait également un membre présentant une surcharge pondérale, ce qui montre que l'insuffisance et la surcharge pondérales coexistent non seulement dans les mêmes pays, mais aussi dans les mêmes ménages[17]. Ces données sont un appui additionnel à l'hypothèse selon laquelle ce ne sont pas l'accès et la disponibilité de la nourriture au niveau des ménages qui sont les principales causes de la dénutrition.

La malnutrition en micronutriments

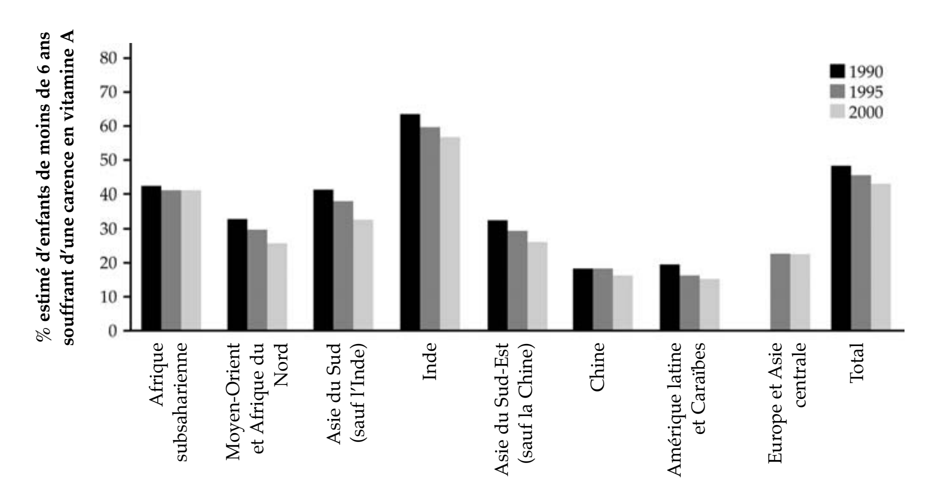
Les carences en vitamines et minéraux nécessaires continuent d'être largement répandues et chevauchent en maints endroits les problèmes plus généraux de dénutrition (insuffisance pondérale et retard de croissance). Selon un récent rapport d'étape sur la situation à l'échelle mondiale, 35 % de la population mondiale manquent d'iode, 40 % des gens dans les pays

Figure 2.7 Coexistence de la déficience énergétique et de l'obésité dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire



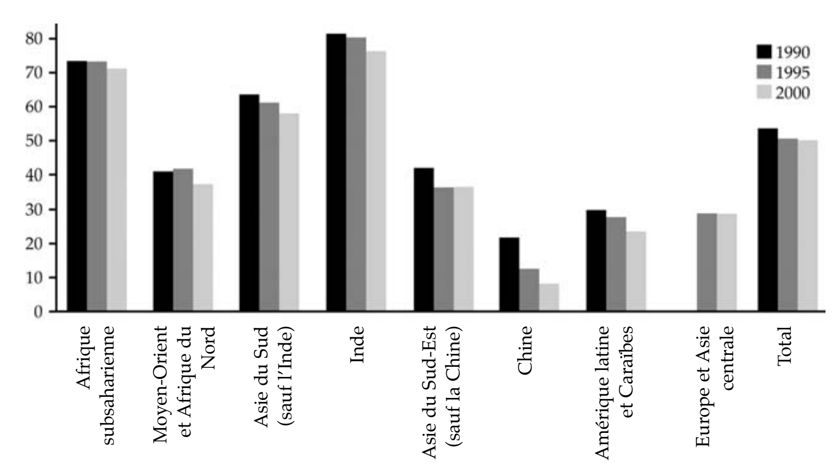
Source : Monteiro *et al.*, 2004.

Figure 2.8 Prévalence de la carence infraclinique en vitamine A chez les enfants âgés de 0 à 72 mois, par région, 1990-2000



Source : UNICEF et MI, 2004.
Note : Les estimations se fondent sur les régions de l'UNICEF.

Figure 2.9 Prévalence de la carence en fer chez les enfants d'âge préscolaire, par région, 1990-2000



Source : UNICEF et MI, 2004b.
Note : Les estimations se fondent sur les régions de l'UNICEF.

en développement souffrent de carence en fer, et plus de 40 % des enfants ont une carence en vitamine A (figure 2.8 et 2.9)[18]. En somme, le problème de la malnutrition est d'une ampleur considérable et, compte tenu de ses conséquences sur le développement économique, exige une action immédiate et à grande échelle.

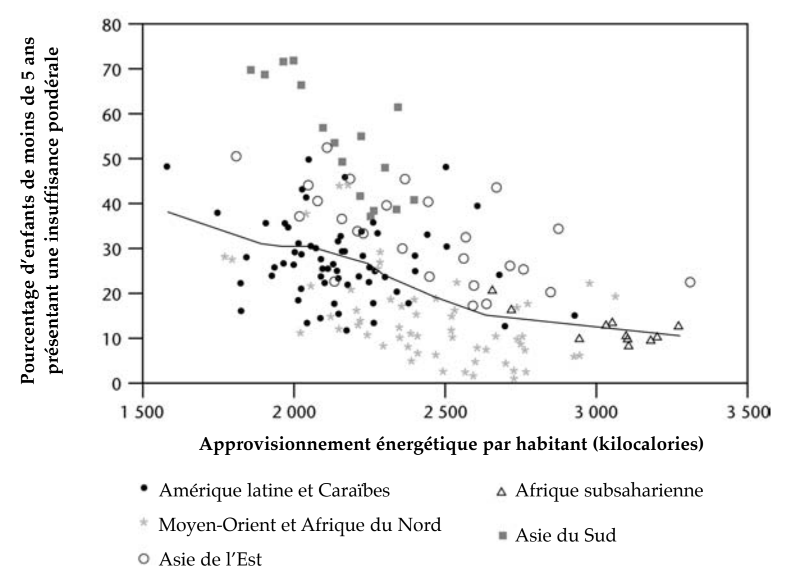
Quelles sont les causes de la malnutrition et qui sont les plus touchés ?

De façon immédiate, un individu devient mal nourri à cause d'un apport alimentaire inadéquat ou inapproprié, à cause d'une mauvaise santé, ou les deux. Ces deux facteurs interagissent souvent de façon négative. La maladie fait en sorte de réduire l'appétit tout en augmentant la nécessité d'absorber des éléments nutritifs, alors qu'un apport alimentaire inadéquat (en quantité ou en qualité) accroît la susceptibilité à la maladie. Les facteurs sous-jacents à ce cercle vicieux sont l'insécurité alimentaire au sein des ménages ou des communautés, l'accès inadéquat aux soins de santé et aux services environnementaux, et les attitudes et pratiques des ménages envers les enfants. Ces trois facteurs sous-jacents – qu'on résume souvent par « nourriture, santé et soins » – interagissent eux aussi et découlent de causes plus fondamentales liées à la quantité, au contrôle et à l'utilisation des ressources et des capacités au sein des sociétés[19].

On présume souvent que la dénutrition est principalement causée par l'insécurité alimentaire, mais les données en provenance de plusieurs pays semblent indiquer que la nourriture n'est pas la seule et souvent n'est même pas la principale cause de la dénutrition, sauf dans des conditions de famine. Les données montrent que dans une situation donnée de disponibilité alimentaire les taux d'insuffisance pondérale peuvent varier de niveaux aussi bas que 2 à 10 % à des niveaux aussi élevés que 40 à 70 % (figure 2.10). La conclusion, que confirment de nombreuses études[20], n'est pas que l'approvisionnement en nourriture n'a aucune pertinence, mais que d'autres facteurs, tels que les connaissances de la mère, les pratiques en matière de soins aux nourrissons, l'accès aux services de santé, ainsi que l'eau et l'hygiène publique, ont d'importants rôles à jouer. Des données en provenance de nombreux pays montrent des taux élevés de dénutrition dans des régions et parmi des ménages où la nourriture est abondante : on peut donner en exemple la région d'Arsi en Éthiopie et celle d'Iringa en Tanzanie, les deux ayant des niveaux de production de nourriture élevés mais aussi des taux de retard de croissance très élevés – 62 % dans l'Arsi et 66 % dans l'Iringa[21].

D'autres données montrent également qu'une production agricole et des revenus plus élevés ne garantissent pas une meilleure nutrition. Même si le statut nutritionnel des enfants vivant dans les 20 % des ménages les plus

Figure 2.10 Proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale selon l'approvisionnement énergétique par habitant, par région, 1970-1996



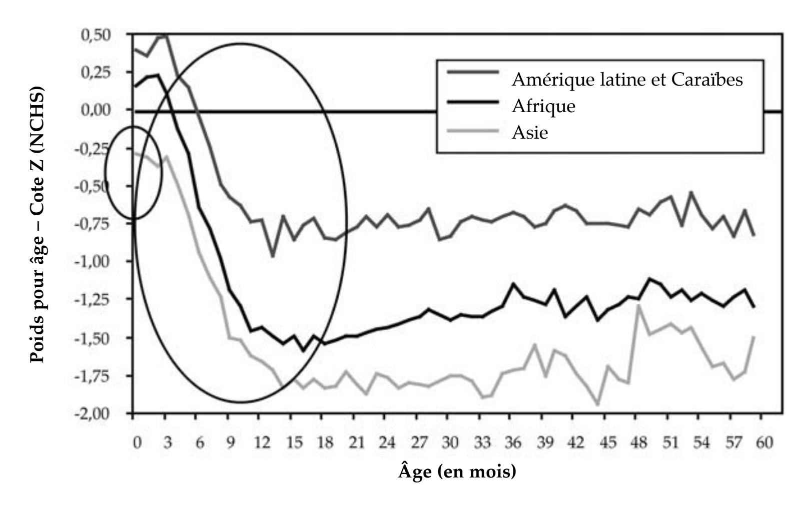
Source : Haddad et Smith, 1999.

riches est bien meilleur que celui des 20 % des ménages les plus pauvres dans de nombreux pays (par exemple en République dominicaine, au Maroc, au Nicaragua, au Pérou et en Turquie), la proportion des enfants qui présentent une insuffisance pondérale ne diffère pas beaucoup selon le niveau de revenu dans plusieurs autres pays (par exemple le Burkina Faso, le Cambodge, l'Éthiopie, le Kazakhstan, Madagascar, le Niger, la Tanzanie et le Turkménistan)[22]. En Inde (comme dans plusieurs autres pays), même au sein du quintile le plus riche, 26 % des enfants d'âge préscolaire souffrent d'insuffisance pondérale et 64 % sont anémiques (voir le tableau 1.5), ce qui montre bien que l'insécurité alimentaire et la pauvreté ne sont pas les seules causes de la dénutrition.

La dénutrition est plus qu'un simple état. Il s'agit d'un processus dont les conséquences se prolongent souvent non seulement plus tard dans une vie, mais aussi jusque dans les générations futures. Le processus débute souvent dans le ventre de la mère (surtout en Asie du Sud) et se poursuit durant les deux premières années de la vie (encadré 2.2). Les périodes critiques que sont la grossesse et la lactation, et les deux premières années de la vie, soulèvent des défis nutritionnels particuliers parce que ce sont les moments pendant lesquels les exigences en matière de nutrition sont les plus élevées et pendant lesquels ces sous-groupes de la population sont, dans plusieurs

Encadré 2.2 Période propice pour s'attaquer à la dénutrition

La période propice pour améliorer la nutrition est courte – elle va de l'avant-grossesse aux deux premières années de vie. On s'accorde à reconnaître que les dommages à la croissance physique, au développement du cerveau et à la formation du capital humain qui se produisent pendant cette période sont importants et irréparables dans une large mesure. Il s'ensuit que les interventions doivent se concentrer sur cette période propice. Tous les investissements effectués après cette période critique sont beaucoup moins susceptibles d'améliorer la nutrition.



Source : Shrimpton *et al.*, 2001.
Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

parties du monde, les plus vulnérables en ce qui a trait aux comportements inadéquats en matière de soins, à un accès inadéquat aux services de santé, et à des pratiques inappropriées en matière d'alimentation.

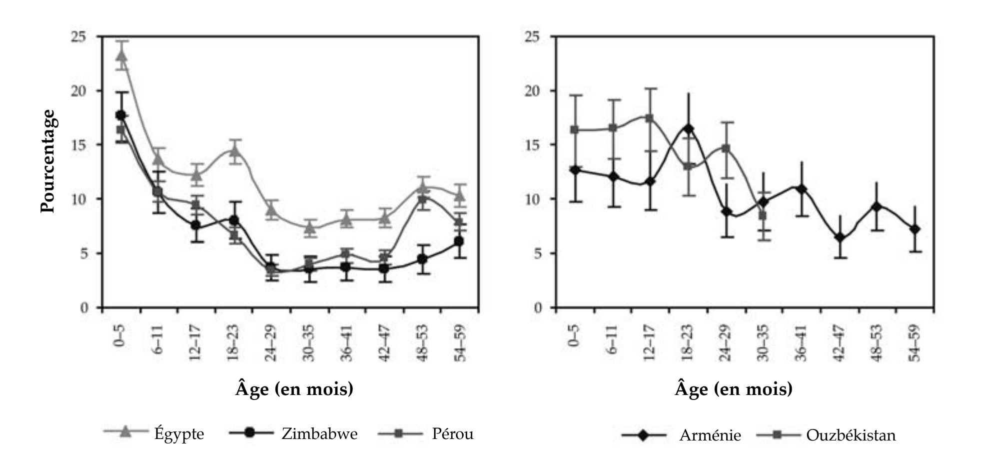
Les besoins nutritionnels sont substantiellement plus élevés durant la grossesse et la lactation de façon à soutenir une croissance fœtale et un allaitement adéquats. Les demandes additionnelles en énergie et en éléments nutritifs placent facilement les femmes enceintes et qui produisent du lait dans une situation de risque nutritionnel accru. Lorsque les grossesses surviennent durant l'adolescence, le risque est encore plus élevé à cause de la compétition entre les besoins nutritionnels de la mère et ceux du bébé – c'est-à-dire entre la préparation de la mère à la lactation et la croissance et le développement du fœtus[23]. Les enfants de mères adolescentes courent aussi un plus grand risque d'être sujets à des pratiques inadéquates en matière de soins et d'alimentation. C'est pourquoi les

femmes ont besoin d'un accès à une information appropriée sur les soins de santé et la nutrition de même qu'à une nourriture appropriée durant la grossesse et la lactation plus que durant toute autre période.

Les très jeunes enfants sont les plus susceptibles d'attraper des infections. Ils doivent recevoir l'apport alimentaire (par un allaitement exclusif et un apport nutritionnel complémentaire en temps opportun) nécessaire pour soutenir le taux de croissance rapide qui survient généralement durant les deux premières années de la vie. Ils sont les moins capables de communiquer leurs besoins et les plus vulnérables aux effets de mauvaises pratiques en matière de soins. En réalité, les principales causes du déclin souvent précipité du statut nutritionnel après la naissance (voir encadré 2.2) sont des pratiques inadéquates en matière de soins et d'alimentation bien plus qu'un manque de nourriture dans la maison. Des données montrent aussi que les dommages causés par la dénutrition très tôt après la naissance sont en grande partie irréversibles, aussi bien en ce qui a trait à la croissance physique qu'au développement du cerveau[24].

Bien que les données pour la prévalence mondiale ou régionale de la surcharge pondérale soient beaucoup plus difficilement accessibles, celles concernant cinq pays (figure 2.11) ont été analysées pour déterminer à quel moment l'obésité a pu commencer à survenir. En Égypte, au Zimbabwe et au Pérou, où les taux moyens de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans sont de 12 %, 7 % et 8 % respectivement, une proportion élevée d'enfants a déjà un surpoids à la naissance, ce qui laisse croire

Figure 2.11 Prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, par groupe d'âges



Source : Les données proviennent de measuredhs.com ; les calculs sont ceux des auteurs.

Encadré 2.3 Trois mythes au sujet de la nutrition

La mauvaise nutrition est associée à plus de la moitié de tous les décès d'enfants à l'échelle mondiale – une proportion atteinte par aucune maladie infectieuse depuis la peste bubonique. Elle est étroitement liée à la mauvaise santé et aux facteurs environnementaux. Mais les planificateurs, les politiciens et les économistes perdent souvent de vue ces liens. Parmi les graves malentendus à ce sujet, on retrouve les mythes suivants :

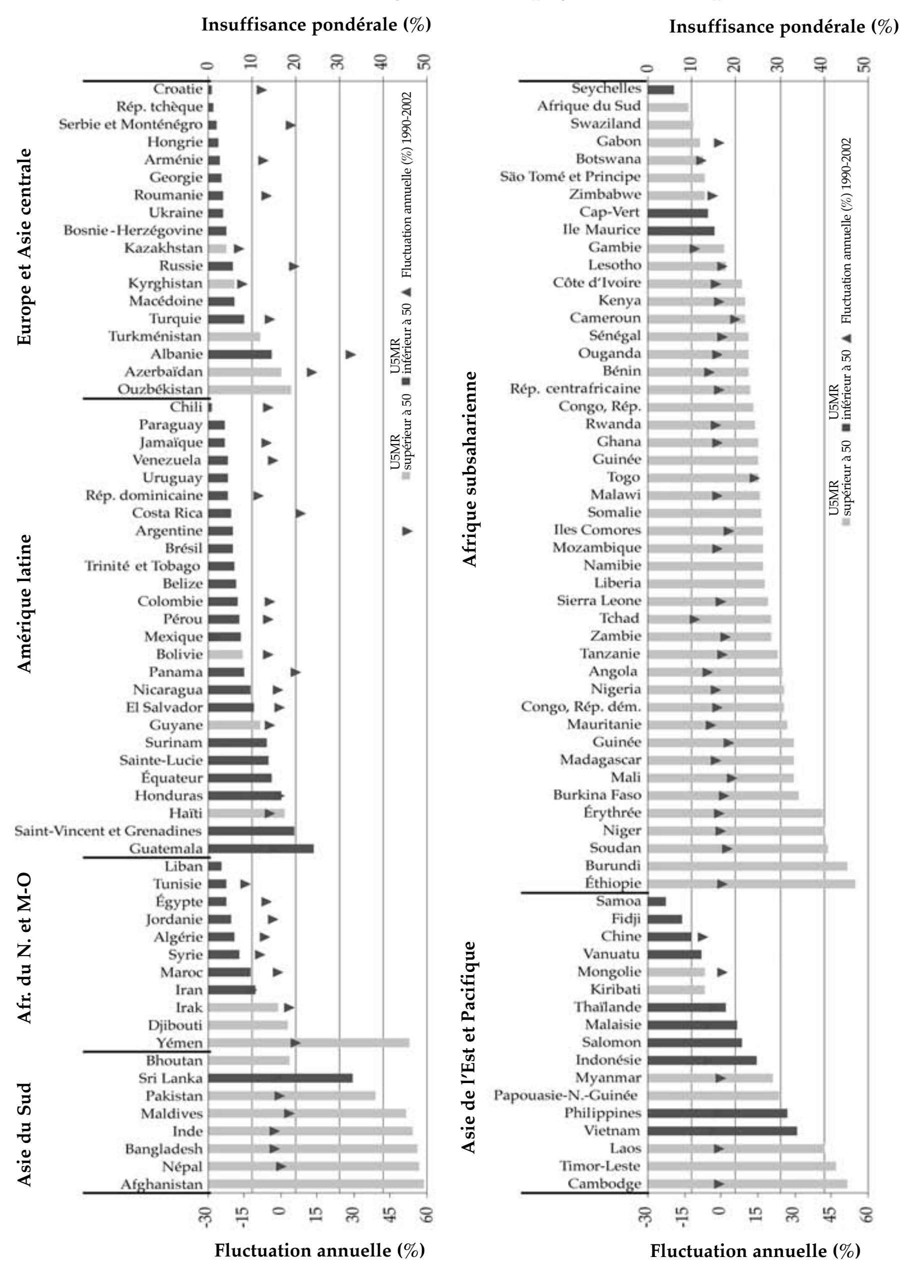
Mythe 1 : *La malnutrition est principalement une question d'insuffisance d'apport alimentaire.* Faux. Les aliments sont évidemment importants. Mais la plupart des cas graves de malnutrition sont attribuables aux mauvaises conditions hygiéniques et aux maladies qui entraînent la diarrhée, surtout chez les jeunes enfants. La condition des femmes et leur niveau d'éducation jouent un rôle important dans l'amélioration de la nutrition. L'amélioration des soins apportés aux jeunes enfants est cruciale.

Mythe 2 : *L'amélioration de la nutrition est un sous-produit d'autres mesures visant à réduire la pauvreté et à réaliser des progrès économiques. Il est impossible de faire démarrer directement ce processus.* Encore une fois, il s'agit d'une affirmation erronée. L'amélioration de la nutrition exige des parents et des communautés qu'ils adoptent des mesures bien ciblées, appuyées par des interventions sur les plans local et national dans le domaine des services de santé et des services publics, en ce qui concerne tout particulièrement l'eau et l'hygiène publique. La Thaïlande a montré que les cas moyens et graves de malnutrition peuvent être réduits de 75 % ou plus en l'espace d'une décennie, grâce à des moyens de ce genre.

Mythe 3 : *Étant donné la rareté des ressources, une intervention sur un large front en matière de nutrition est difficilement réalisable à une vaste échelle, tout particulièrement dans les pays pauvres.* Autre affirmation erronée. Malgré de graves déboires économiques, nombre de pays en développement ont accompli des progrès impressionnants. Dans les pays en développement, plus des deux tiers de la population consomment désormais du sel iodé, ce qui permet de combattre la carence en iode et l'anémie qui touchent environ 3,5 milliards de personnes, surtout des femmes et des enfants, dans une centaine de pays. L'on fournit désormais des capsules de vitamine A à environ 450 millions d'enfants chaque année, afin de s'attaquer à la carence qui est à l'origine de la cécité et de l'accroissement de la mortalité infantile. De nouveaux moyens ont été mis au point pour promouvoir et appuyer l'allaitement maternel, et les taux d'allaitement maternel se maintiennent dans certains pays et s'accroissent dans d'autres. La vaccination de masse et la promotion de la réhydratation par voie orale pour réduire les décès liés à la diarrhée ont considérablement contribué à l'amélioration de la nutrition.

Source : Extrait de Jolly, 1996.

Figure 2.12 Prévalence de l'insuffisance pondérale et taux de diminution dans les régions et les pays de la Banque mondiale[25]



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition chez les enfants.

encore une fois que les dommages surviennent durant la grossesse. Les poids diminuent pendant les deux premières années de la vie et semblent indiquer une tendance vers la hausse de nouveau par la suite. Les données sur l'Arménie et l'Ouzbékistan sont moins claires – peut-être à cause de la petite taille de l'échantillon, comme on peut le voir par les très grands écarts-types par rapport à la moyenne dans la figure 2.11. Ces résultats concordent avec les observations physiologiques qui montrent que l'obésité trouve son origine très tôt dans la vie, souvent pendant la grossesse, même si des interventions pour prévenir l'obésité doivent se poursuivre à des âges plus avancés.

La malnutrition se perpétue d'une génération à l'autre. Là où les niveaux de dénutrition sont élevés, des femmes et des adolescentes mal nourries donnent souvent naissance à des bébés qui sont petits et ont un retard de croissance. Ces enfants reprendront rarement la croissance perdue dans les années subséquentes. Ils sont plus susceptibles d'être malades et d'aller à l'école plus tard que prévu, ont un apprentissage difficile, et sont moins productifs à l'âge adulte. Parvenus à l'âge adulte, ils sont aussi plus susceptibles de souffrir de maladies liées aux habitudes alimentaires comme le diabète, les maladies coronariennes et l'hypertension, que l'on croyait auparavant être associées à une prospérité croissante. Les bébés nés de mères qui souffrent d'insuffisance pondérale ou qui ont connu un arrêt de croissance prématuré sont eux-mêmes plus à risque de souffrir des mêmes maux[26]. C'est ainsi que la dénutrition se transmet d'une génération à l'autre comme un sinistre héritage.

Les principales leçons à tirer sur le plan des politiques sont les suivantes :

- Le moment le plus propice pour s'attaquer à la malnutrition (autant la dénutrition que, dans une large mesure, le surpoids) va de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans (bien que dans le cas d'une surcharge pondérale des interventions additionnelles soient nécessaires dans les années suivantes). Les interventions qui visent les enfants au-delà de l'âge de deux ans, telles que les programmes d'alimentation scolaire, risquent de n'avoir qu'un effet minime sur les dommages au développement du cerveau, sur le lien avec les MNT établi dans les premières années ou sur la productivité à long terme et la création de capital.
- L'accès à la nourriture n'est souvent pas le principal enjeu parce que les besoins alimentaires d'enfants de la naissance à 18 mois sont relativement modestes et parce que la dénutrition semble se maintenir dans plusieurs familles et communautés où l'on retrouve également des problèmes de surcharge pondérale.
- Il est essentiel d'améliorer les connaissances des mères, leur alimentation et de leur donner du temps pour prendre soin d'elles-mêmes durant la grossesse et la période de lactation (pour combattre l'insuffisance

pondérale à la naissance, surtout en Asie du Sud). Il est aussi crucial d'améliorer les pratiques en matière de soins et d'alimentation des enfants, comme l'allaitement maternel exclusif et un apport nutritionnel complémentaire adéquat et en temps opportun. Ces objectifs sont étroitement liés aux questions de condition féminine.

Tous les pays qui connaissent des taux d'insuffisance pondérale supérieurs à 20 % devraient accorder la priorité à des interventions dans le domaine de la nutrition (figure 2.12). Les pays où l'on retrouve des taux élevés de mortalité infantile chez les enfants de moins de 5 ans pourraient nécessiter des interventions quelque peu différentes de ceux où ces taux sont plus bas. De même, les pays où ces taux diminuent le moins rapidement (taux de variation annuelle en pourcentage) devraient recevoir le plus d'attention, alors que chez ceux où la diminution est plus rapide, on devrait se concentrer à maintenir et à accroître l'échelle des interventions.

Notes

1. De Onis *et al.*, 2004a ; SCN, 2004.
2. OMS, 2005b.
3. De Onis *et al.*, 2004a ; SCN, 2004.
4. De Onis *et al.*, 2004b.
5. De Onis *et al.*, 2004b.
6. Alderman et Behrman, 2004.
7. UNICEF et OMS, 2004.
8. Kimm, 2004 ; Paneth et Susser, 1995.
9. te Velde *et al.*, 2003 ; Illiadou, Cnattingius, Lichtenstein, 2004 ; Bhargava *et al.*, 2004 ; Shao *et al.*, 2002.
10. Miura *et al.*, 2001.
11. Eriksson *et al.*, 2001.
12. Ravelli *et al.*, 1999 ; Ravelli, Steing et Susser, 1976.
13. Roseboom *et al.*, 2000.
14. IASO, 2004.
15. OMS, 2001, 2002.
16. IASO, 2004.
17. Doak *et al.*, 2005.
18. UNICEF et MI, 2004b.
19. UNICEF, 1990.
20. Pelletier *et al.*, 1995 ; Smith, Alderman et Aduayom, 2005 ; Haddad *et al.* ; Haddad et Smith, 1999.
21. Pelletier *et al.*, 1995 ; Smith, Alderman et Aduayom, 2005.
22. Gillespie, 2002 ; Gwatkin *et al.*, 2003.
23. Delisle, Chandra-Mouli et de Benoist, 2000.
24. Martorell, Kahn et Schroeder, 1994.
25. U5MR = taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, par 1 000 naissances vivantes. Les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale proviennent de la dernière enquête nationale disponible dans chaque pays. Le coefficient d'une régression qui lie le logarithme naturel de l'insuffisance pondérale à l'année de l'enquête sert de taux moyen de variation annuelle pour la période pendant laquelle les données sont disponibles. Toutes les données nationales disponibles entre 1990 et 2002 ont été utilisées

dans l'estimation. Pour l'Inde, on a recouru au taux de prévalence ajustée de l'insuffisance pondérale provenant des données rurales nationales (1990 et 1992), telles qu'elles ont été fournies par l'OMS. Aucune donnée relative à l'insuffisance pondérale n'était disponible pour ces pays : Afrique — Guinée équatoriale ; Asie de l'Est et Pacifique — Îles Marshall, Micronésie, Palaos, Tonga ; Europe et Asie centrale — Bélarus, Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Pologne, République slovaque, Tadjikistan ; Amérique latine et Caraïbes — Dominique, Saint-Kitts-et-Nevis ; pays industrialisés — Antigua-et-Barbuda, République de Corée, Slovénie.

26. Allen et Gillespie, 2001.

Chapitre 3

Des voies vers une meilleure nutrition

Ce chapitre résume ce que nous savons des principales interventions visant à améliorer la nutrition, autant du côté de l'offre que de la demande, et souligne les domaines où nous avons besoin d'en savoir plus. Il esquisse deux approches pour améliorer la nutrition – l'approche longue qui recourt à l'espacement des naissances, à des politiques d'alimentation et à l'éducation des femmes, et l'approche courte qui recourt aux services de santé et de nutrition, aux suppléments en micronutriments, aux transferts monétaires conditionnels et à l'éducation à la nutrition. Ce chapitre tire également deux principales conclusions concernant les programmes de nutrition. Lorsqu'il s'agit de s'occuper de problèmes tels que l'insuffisance pondérale à la naissance, le surpoids et les maladies non transmissibles (MNT) liées aux habitudes alimentaires, et considérant les interactions complexes entre la malnutrition et le VIH/sida, il n'existe aucun modèle éprouvé pour mettre en place un programme à grande échelle ; la recherche-action et l'apprentissage par l'action sont prioritaires dans ces domaines. Les interventions à grande échelle pour lutter contre le VIH doivent inclure une dimension liée à la nutrition pour réussir. Par contraste, lorsque vient le temps de s'attaquer à la dénutrition infantile et à la malnutrition en micronutriments, il existe de nombreux exemples de programmes à grande échelle qui ont mené à des améliorations substantielles dans la nutrition et dans les comportements et les résultats en matière de santé ; l'étape suivante la plus évidente est d'étendre ces programmes à d'autres pays. Ce chapitre souligne le fait que les politiques sont aussi importantes que les programmes. On doit en conclure qu'il faut porter plus d'attention au processus de mise en œuvre des politiques de façon à s'assurer que les politiques élaborées sur papier se concrétisent en actes, et qu'il faut se préoccuper davantage des conséquences inattendues sur la nutrition des politiques macroéconomiques et des politiques sectorielles qui sortent du cadre de la nutrition, parce qu'elles ont souvent des effets imprévues ou négatifs qui contreviennent aux objectifs visant à améliorer la nutrition.

Les approches longues et courtes pour améliorer la nutrition

On peut améliorer la nutrition au moyen d'un vaste assortiment de politiques et de programmes (tableau 3.1). Le tableau 3.1 montre également

qu'il existe des approches fondées sur l'offre et d'autres fondées sur la demande pour réduire la dénutrition. Les approches fondées sur l'offre comprennent l'augmentation de la disponibilité de nourriture adéquate à des prix abordables, l'amélioration de l'accès aux micronutriments et l'amélioration des services de santé de base – par exemple, l'immunisation prévient les maladies qui retardent la croissance des enfants. Il existe deux types d'approches fondées sur la demande. La première consiste à accroître la demande pour la nourriture ou pour des services de santé et de nutrition (2e colonne du tableau 3.1). L'autre vise à modifier les comportements en ce qui a trait à ce que les gens mangent ou donnent à manger, et à la charge de travail et à l'exercice (3e colonne du tableau 3.1). Pour avoir l'effet voulu, la plupart des interventions nutritionnelles nécessitent des changements dans les comportements ayant trait à ce que les gens mangent, donnent à manger, ou aux exercices physiques qu'ils font. L'importance cruciale des comportements en matière de soins des enfants est illustrée par le fait que de nombreux enfants pauvres sont adéquatement nourris, alors que de nombreux enfants aisés sont mal nourris.

Chaque pays doit trouver un équilibre approprié entre les approches longues et courtes et les approches fondées sur l'offre et la demande pour améliorer la nutrition, selon leurs capacités, la dimension épidémiologique du problème, et les considérations politiques et institutionnelles. Même si les approches longues et courtes sont tout aussi importantes et qu'elles devraient faire partie des stratégies nationales, ce rapport met surtout l'accent sur les approches courtes et insiste sur l'importance d'améliorer les pratiques en matière d'alimentation et de soins des enfants durant la grossesse et les premières années de la vie, pour les raisons suivantes :

- Les dommages les plus graves et durables de la malnutrition se produisent durant la grossesse ou lorsque les enfants sont très jeunes (chapitre 2).
- De nombreuses interventions associées aux approches courtes peuvent améliorer rapidement la nutrition des enfants – dans un délai de deux à cinq ans, un échéancier à l'intérieur duquel les politiciens doivent constater des résultats.
- Les coûts de ces interventions sont abordables pour tous les pays sauf ceux qui sont vraiment très pauvres.
- On obtient souvent peu de résultats sur le plan de l'amélioration de la nutrition simplement en réduisant la pauvreté monétaire ou en améliorant la disponibilité de la nourriture sans changer la façon dont on prend soin des jeunes enfants (encadré 3.1 et tableau 1.4).
- La plupart des pays ont investi davantage dans la nourriture et la santé que dans l'amélioration des connaissances des mères et leurs pratiques en matière d'alimentation et de soins des enfants.

Tableau 3.1 Des voies vers l'amélioration de la nutrition

Incitations agissant sur l'offre	*Incitations agissant sur la demande*	*Changement de comportement lié à la demande*
Approches longues		
• Services de santé de base (tels que la planification familiale) et contrôle des maladies infectieuses • Eau potable et hygiène publique • Politiques faisant la promotion de substituts au lait maternel • Politiques alimentaires et agricoles visant à accroître la disponibilité d'aliments sûrs et sains, ou d'aliments plus sains. • Développement de l'industrie alimentaire et incitations de marché (ou désincitations) pour développement des aliments sains (ou malsains) • Production de fruits et légumes • Parcs, pistes cyclables, centres récréatifs	• Développement économique (revenus des pauvres) • Programmes participatifs et développement des politiques • Création d'emploi • Politiques fiscales et de prix de la nourriture visant à permettre aux pauvres d'acheter la bonne sorte de nourriture • Réglementation de la commercialisation des aliments malsains	• Améliorer le statut des femmes • Réduire la charge de travail des femmes, en particulier durant la grossesse • Augmenter le niveau d'éducation des femmes
Approches courtes		
• Services de nutrition et de santé communautaires (programmes communautaires de promotion de la croissance, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à base communautaire) • Services de nutrition et de santé en établissement (services de santé et de nutrition, soins prénataux) • Suppléments en micronutriments • Enrichissement en micronutriments • Aide alimentaire ciblée • Biofortification	• Transferts monétaires conditionnels • Éducation au microcrédit et à la nutrition • Enrichissement alimentaire • Suppléments en micronutriments • Bons alimentaires • Aide alimentaire ciblée	• Nutrition, connaissances et obtention de soins pour la mère durant la grossesse et la période de lactation • Alimentation du nourrisson et du jeune enfant • Éducation aux pratiques de contrôle du poids • Éducation aux pratiques d'hygiène • Promotion d'un mode de vie sain (accroître l'activité physique ; consommer plus de fruits et légumes et moins de sel, de sucre, de gras, etc.)

L'annexe 1 dresse la liste de plus de 25 pays où diverses interventions associées à des approches longues ont connu un succès, alors que l'annexe 2 se penche plus en détail sur les approches longues visant à améliorer la nutrition. Le reste du présent chapitre examine certaines leçons fondamentales apprises dans quatre types de programmes associés aux approches courtes – les programmes de promotion de la croissance pour les jeunes enfants, les programmes de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance, les programmes de distribution de micronutriments et les programmes d'assistance alimentaire et de protection sociale. Il résume ensuite l'état des connaissances moins développées en matière de lutte contre la dénutrition associée au VIH/sida, de même que les questions de surpoids et d'obésité.

Les programmes communautaires de promotion de la croissance

Les principales interventions suscitées par ces programmes sont l'éducation ou l'assistance à la nutrition (avec ou sans suivi de la croissance) – particulièrement en rapport avec les soins et le repos maternels durant la grossesse, l'allaitement maternel exclusif et les pratiques complémentaires d'alimentation appropriées, l'espacement des naissances, et les façons de prendre soin d'enfants malades – de même que les liens avec les services essentiels de santé. Certains programmes ont également fourni des suppléments en micronutriments ou des suppléments alimentaires pour les enfants et pour les femmes enceintes et en période de lactation. Dans ce rapport, le terme « promotion de la croissance » réfère à ces programmes communautaires.

L'expérience en matière de programmes

Des programmes fructueux à grande échelle de promotion de la croissance des enfants ont été établis dans l'État indien du Tamil Nadu[1], en Indonésie[2] et en Thaïlande[3] aussi tôt que dans les années 1980, et se poursuivent toujours au Bangladesh[4], au Honduras[5], à Madagascar[6] et au Sénégal[7], parmi d'autres pays. De tels programmes entraînent une réduction marquée de la malnutrition grave dans une période d'une à deux années, le rythme de diminution de la malnutrition modérée et légère devenant plus lent par la suite. Un récent examen des programmes couronnés de succès dans plusieurs pays conclut qu'ils ont entraîné une diminution moyenne de la malnutrition infantile d'un à deux points de pourcentage par année, soit de deux à quatre fois le taux de 0,5 % qui a été déterminé comme étant la tendance moyenne en l'absence de tels programmes[8].

Au-delà de l'importance de cibler les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans, qui sont les plus susceptibles de souffrir de malnutrition, on peut tirer les leçons clés suivantes en ce qui a trait à la conception de programmes de promotion de la croissance :

Encadré 3.1 Raisons pour lesquelles de nombreux ménages connaissant la sécurité alimentaire souffrent de malnutrition chronique

- Les femmes enceintes et qui allaitent ingèrent trop peu de calories et de protéines, ont des infections non traitées comme des maladies transmises sexuellement qui entraînent des naissances de faible poids, ou encore n'obtiennent pas suffisamment de repos.
- Les mères ont trop peu de temps pour prendre soin de leurs jeunes enfants ou d'elles-mêmes durant la grossesse.
- Les mères de nouveaux-nés se débarrassent du colostrum, le premier lait suivant l'accouchement qui renforce le système immunitaire de l'enfant.
- Les mères donnent souvent à leurs enfants de moins de 6 mois de la nourriture autre que le lait maternel, même si l'allaitement exclusif est la meilleure source d'éléments nutritifs et la meilleure protection contre de nombreuses infections et maladies chroniques.
- Les personnes prenant soin de l'enfant commencent trop tard à donner de la nourriture solide complémentaire.
- Les personnes prenant soin de l'enfant donnent trop peu de nourriture aux enfants de moins de 2 ans, ou leur donnent de la nourriture qui n'a pas beaucoup de contenu énergétique.
- Même si la nourriture est disponible, les besoins des femmes et des jeunes enfants ne sont pas comblés à cause d'une affectation inadéquate de la nourriture au sein de la famille, et leur régime alimentaire ne contient souvent pas assez de micronutriments et de protéines nécessaires.
- Les personnes prenant soin de l'enfant ne savent pas comment nourrir les enfants durant et après des épisodes de diarrhée ou de fièvre.
- L'hygiène déficiente des personnes prenant soin de l'enfant entraîne une contamination de la nourriture par des bactéries ou des parasites.

- Les agents communautaires féminins sont les personnes les mieux placées pour fournir les services parce qu'elles coûtent moins cher à employer que les prestataires de la santé, sont sur place et sont capables de communiquer avec les mères mieux que les hommes. Des niveaux peu élevés d'éducation formelle ne constituent pas un obstacle à l'efficacité de ces agents en autant qu'elles sont bien formées.
- La malnutrition modérée et légère n'étant pas aisément observable, il est important de faire un suivi régulier de la taille des enfants au moyen d'une courbe de croissance de façon à ce que les mères sachent si leurs enfants grandissent à un rythme normal et qu'elles puissent observer les bénéfices d'un changement des pratiques ; le suivi et la promotion de la croissance ne fonctionnent toutefois que là où les programmes peuvent

Encadré 3.2 Sécurité alimentaire contre sécurité nutritionnelle ?

Il importe de distinguer la sécurité alimentaire et la sécurité nutritionnelle, deux termes très différents qu'on utilise souvent indifféremment dans la littérature. La sécurité alimentaire, qui constitue un intrant important dans l'obtention de meilleurs résultats nutritionnels, se rapporte à l'accès physique et économique à une nourriture en quantité et en qualité suffisantes d'une manière socialement et culturellement acceptable. La sécurité nutritionnelle est le résultat d'une bonne santé, d'un environnement sain et de bonnes pratiques en matière de soins, en plus d'une sécurité alimentaire dans le cadre de la famille. Par exemple, une mère peut avoir un accès fiable aux composantes d'un régime alimentaire sain, mais à cause d'une mauvaise santé ou de soins inadéquats, de l'ignorance, de barrières de genre ou de préférences personnelles, elle peut ne pas être en mesure d'utiliser, ou choisir de ne pas utiliser, la nourriture d'une façon appropriée sur le plan de la nutrition. Sa situation nutritionnelle devient ainsi précaire. Un ménage atteint la sécurité nutritionnelle lorsque son accès garanti à la nourriture est complété par un environnement sain, des services de santé adéquats et des soins qui s'appuient sur de bonnes connaissances, de façon à assurer une vie saine à tous les membres de la famille.

Une famille (ou un pays) peut jouir de la sécurité alimentaire, tout en comptant plusieurs membres qui sont dans une situation nutritionnelle précaire. La sécurité alimentaire est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour assurer la sécurité nutritionnelle.

fournir une bonne formation et une supervision efficace en ce qui a trait à la pesée, à l'enregistrement des données et aux conseils dispensés aux mères, ainsi qu'à d'autres façons d'établir un contact régulier avec les mères.

- Une éducation à la nutrition bien conçue et cohérente, qui vise à changer des pratiques spécifiques, s'avère un élément clé du succès. Il existe deux façons de s'assurer que les pratiques recommandées en matière d'alimentation et de soins des enfants sont perçues par les populations pauvres comme étant pertinentes dans leur contexte culturel et économique (encadré 3.3).

La promotion de l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants constituent un aspect central des programmes de promotion de la croissance énumérés parmi les approches courtes pour améliorer la nutrition dans le tableau 3.1. Ils méritent toutefois une mention spéciale à la fois parce que l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire adéquate pourraient prévenir au moins deux fois plus de décès d'enfants de moins de 5 ans que n'importe quelle autre intervention[9] et parce qu'il existe des façons d'améliorer ces interventions par-delà les programmes de promotion de la croissance. Parmi les interventions importantes sur le plan des politiques, on compte le renfor-

Encadré 3.3 S'assurer que les nouvelles pratiques comportementales présentent de l'intérêt pour les populations pauvres

Apprendre des « déviants positifs »

Une bonne façon de s'assurer que les nouvelles pratiques présentent de l'intérêt est d'observer ce que les déviants positifs – les femmes pauvres dont les enfants sont bien nourris – font qui est approprié. Ces pratiques positives sont très diverses et vont de l'allaitement en donnant les deux seins en Indonésie à la construction de parcs rudimentaires pour bébés pour empêcher les enfants d'attraper des maladies sur les planchers sales au Bangladesh, en passant par l'alimentation active des mangeurs capricieux au Mexique et au Nicaragua, et par l'ajout de sources de protéines trouvées localement à la nourriture complémentaire au Vietnam.

Source : Marsh et Schroeder, 2002 ; Zeitlin, Ghassemi et Mansour, 1990.

Les essais de pratiques améliorées

Les essais de pratiques améliorées sont un processus consultatif visant à développer des messages adaptés aux conditions locales et culturellement acceptables qui s'attaquent aux points de résistance et jouent sur les facteurs de motivation. Des chercheurs spécialisés en formation visitent les mères pour discuter des problèmes d'alimentation des enfants et des solutions possibles et pour négocier des changements dans les pratiques. Ils les visitent à nouveau lorsque les mères ont mis à l'essai les nouvelles pratiques et ils les modifient selon ce qui a été établi comme étant faisable. L'expérience accumulée par des essais de pratiques améliorées dans plus de 15 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine montre que des essais auxquels participent seulement 50 familles, à un coût de 8 000 à 30 000 $ par pays, peuvent générer des résultats valides et pertinents pour le programme dans son ensemble. Pour des informations additionnelles sur le sujet, on peut consulter le manuel pratique de Dicken, Griffiths et Piwoz (1997).

Source : Pour l'information sur les coûts, communications personnelles avec Marcia Griffiths.

cement du Code international sur la commercialisation des substituts de lait maternel, qui empêche la promotion et le marketing inappropriés des succédanés de lait pour nourrissons en vente commerciale. Une deuxième façon d'améliorer l'allaitement maternel est par l'entremise de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (« Baby-Friendly Hospital Initiative »), qui propose un processus en dix étapes pour améliorer les pratiques dans les maternités des hôpitaux. La dixième étape, qui se concentre sur le suivi au niveau communautaire, a été la plus difficile à mettre en œuvre. Une troisième intervention, le counseling sur l'allaitement maternel par des

femmes en situation similaire (par l'entremise d'organismes tels que la Ligue La Leche) a été utilisée partout dans le monde pour accroître dans les communautés le soutien à l'allaitement maternel.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Des questions cruciales demeurent sans réponse :

- Les principales raisons qui expliquent la mise en œuvre infructueuse de programmes de promotion de la croissance sont souvent la formation inadéquate et le manque de soutien et de motivation des agents communautaires. Quelles seraient les stratégies les plus appropriées et les plus durables sur le plan des ressources humaines pour permettre aux agents communautaires de la santé de compléter la mission des systèmes de soins de santé (par exemple la rémunération et les incitations, les techniques de formation avant l'embauche et au travail, et une bonne éducation continue pour les agents communautaires et les superviseurs) dans les endroits dépourvus de ressources et où les capacités sont restreintes ?
- Les mères et les autres personnes prenant soin de l'enfant doivent souvent faire face à des défis dans la mise en œuvre de suggestions pour améliorer les soins et l'alimentation des jeunes enfants. Quelle est la meilleure façon de maximiser l'implication des familles et des communautés pour les aider à concrétiser ces pratiques ?
- Les suppléments alimentaires coûtent cher et accaparent souvent jusqu'à 50 % des coûts des programmes de nutrition communautaires. Les suppléments alimentaires pour les femmes et les adolescentes enceintes, qui peuvent accroître le poids du bébé à la naissance et prévenir l'affaiblissement de la mère, sont particulièrement coûteux parce que les mères mangent plus que les enfants. Dans quelles circonstances est-il rentable pour des pays de financer les suppléments alimentaires pour les enfants (ou les mères) dans le cadre de programmes de promotion de la croissance ou d'éducation à la nutrition ? Quelle est la meilleure façon de cibler cette nourriture ?

Les programmes de prévention de faible poids à la naissance

Environ 16 % des nourrissons sont nés avec un faible poids à la naissance à l'échelle mondiale, bien que les proportions varient considérablement d'une région à l'autre[10]. Comme on l'a noté au chapitre 2, les nourrissons de faible poids à la naissance courent plus de risques de ne pas survivre, sont plus susceptibles de devenir mal nourris et seront plus vulnérables aux maladies chroniques à l'âge adulte que les enfants nés avec un poids normal. La prévention de faible poids à la naissance ne se limite toutefois pas à une préoccupation envers la nutrition. La prématurité, la petite stature de la mère, les infections, la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, le très jeune âge de la mère, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, la violence

domestique, les grossesses rapprochées, l'hypertension, le stress et le paludisme contribuent tous à l'insuffisance pondérale à la naissance[11]. Certaines stratégies pour prévenir le faible poids à la naissance constituent des approches courtes (la prophylaxie contre le paludisme et les programmes de traitement, les suppléments en fer et en acide folique, les suppléments alimentaires) ; d'autres se rattachent aux approches longues (arrêt du tabac, violence domestique, espacement des naissances). Il est plus facile de s'attaquer à certaines de ces causes qu'à d'autres ; on peut aborder certains problèmes à l'aide de soins prénataux ; d'autres nécessitent une intervention avant la grossesse, même aussi tôt que durant l'enfance de la mère.

L'efficacité technique de quelques-unes des interventions associées aux approches courtes est relativement bien connue : il a été démontré que les programmes de suppléments en fer et en acide folique, la prophylaxie contre le paludisme et les suppléments alimentaires, lorsqu'ils sont bien ciblés et mis en œuvre, ont tous un effet positif sur l'insuffisance pondérale à la naissance ou sur l'état de santé de la mère et de l'enfant durant et après la grossesse. D'autres interventions pertinentes peuvent prendre plus de temps : prévenir les grossesses non désirées, rejoindre les femmes durant et pendant la grossesse avec des services appropriés, surmonter les obstacles sociaux et culturels à la demande de soins et aux changements de comportement (par exemple, dans plusieurs régions du monde, on croit que les femmes doivent manger moins pendant la grossesse pour éviter d'avoir un bébé trop gros et un accouchement difficile), et convaincre les femmes et leur famille que leur santé vaut un investissement. En outre, comme plusieurs des décisions ou des circonstances surviennent avant ou juste après le mariage, il semble approprié d'accorder plus d'attention aux adolescentes et aux couples nouvellement mariés.

L'expérience en matière de programmes

Les résultats d'un récent examen du Projet de nutrition intégré du Bangladesh (BINP)[12] révèlent qu'il a permis d'améliorer les connaissances et les pratiques sélectives liées à la grossesse dans une proportion de 20 à 40 %. Il existe des raisons de croire que l'une de ces pratiques (manger plus durant la grossesse) est associée à une augmentation de 88 g du poids à la naissance chez celles qui déclarent s'y conformer. Les données ne révèlent que très peu ou aucun autre effet additionnel sur la prise de poids pendant la grossesse ou le poids à la naissance pour la population dans son ensemble ; en accord avec les attentes sur le plan théorique, une analyse de sous-groupes révèle toutefois des effets appréciables sur le poids à la naissance des bébés chez les mères qui déclarent manger plus durant la grossesse (un gain de 88 g), et un effet encore plus important parmi les femmes les plus démunies (un gain de 270 g).

De tels effets n'ont pas été démontrés dans les essais d'efficacité, surtout parce que peu d'études se sont penchées sur la dyade mère-enfant pour plutôt porter leur attention sur les effets observés uniquement sur la mère ou sur l'enfant. La plupart des évaluations ont aussi porté sur la population dans son ensemble, plutôt que sur des groupes qui tireraient potentiellement un bénéfice de l'intervention. Aux États-Unis, le programme Femmes, nourrissons et enfants a permis de réduire le faible poids à la naissance en combinant la distribution de bons de nourriture avec la fourniture de soins prénataux aux femmes enceintes. Cette approche ressemble aux transferts monétaires (ou de nourriture) conditionnels dont il a été question dans les sections précédentes de ce volume, même s'il ne s'agit pas exactement de la même chose. Son applicabilité aux pays moins développés doit encore être vérifiée. Les résultats de récents essais de distribution de suppléments en micronutriments dans des communautés locales au Népal ont aussi montré que les suppléments en fer et en acide folique peuvent réduire l'insuffisance pondérale à la naissance de 16 %, les résultats étant moins concluants lorsqu'on utilise un plus grand nombre de micronutriments[13].

On a constaté que la plupart des programmes de distribution de suppléments alimentaires aux mères et aux enfants ont connu plus de succès avec l'enfant qu'avec la mère. Jusqu'à récemment, l'effet des suppléments alimentaires sur le poids à la naissance a surtout été démontré dans des situations de recherche (Narangwal en Inde, l'étude des quatre villages au Guatemala, les études du Centre Dunn sur la nutrition en Gambie, l'enrichissement du lait au Chili)[14]. L'ampleur de cet effet était de 50 g de poids additionnel à la naissance pour chaque portion de 10 000 calories additionnelles absorbées durant la grossesse (au Guatemala et en Indonésie). Les programmes ont testé des façons créatives de surmonter la résistance culturelle à manger ou à se reposer plus durant la grossesse. Le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu (TINP) en Inde a fourni des collations aux femmes enceintes, qui ont surtout été acceptées parce qu'elles étaient distribuées à un bon moment, pratiques et considérées comme des collations, bien qu'il n'existe que très peu de preuves d'amélioration du poids à la naissance dans le cadre de ce projet[15].

La planification familiale, les campagnes antitabac, la prévention du paludisme, les programmes visant la santé des adolescents et la santé reproductive ont tous connu un certain succès, parfois à grande échelle, mais principalement en tant qu'intervention verticale[16]. Le défi dans la prévention à grande échelle de faible poids à la naissance est de combiner les forces, d'encourager la collaboration par-delà les frontières départementales au sein des ministères de la Santé et avec d'autres ministères, et de surmonter les importants problèmes d'accès aux services de santé, les barrières culturelles ainsi que le sentiment d'impuissance et le manque de confiance en soi des femmes, tout en combinant les approches préventives,

thérapeutiques et celles fondées sur les changements de comportement. Bien qu'une telle entreprise à grande échelle n'ait pas encore été validée, le potentiel de succès au moyen d'une programmation intégrée est bien présent, surtout dans la mesure où les pays délaissent les projets pour se tourner vers les approches programmatiques et sectorielles.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Les données montrant l'efficacité des programmes à grande échelle pour accroître le poids des bébés naissants sont beaucoup plus rares que celles qui appuient les programmes de promotion de la croissance ou de distribution de micronutriments. Les stratégies d'intervention pour s'attaquer au faible poids à la naissance doivent être testées dans un cadre réel dans plus de pays et dans des environnements programmatiques mieux intégrés, au lieu de l'être dans des projets verticaux qui sont rarement durables. Il faudrait analyser minutieusement l'expérience à grande échelle du Bangladesh pour comprendre comment les stratégies peuvent être mieux calibrées de façon à en maximiser l'impact. Les suppléments alimentaires constituant une portion importante des coûts de ces programmes[17], il est nécessaire d'en examiner de près le ciblage et la rentabilité dans les cas de grossesse pour en maximiser les effets sur la dyade mère-enfant (par opposition aux effets sur le poids à la naissance uniquement).

Les programmes de distribution de micronutriments

L'enrichissement des aliments et la fourniture de suppléments en vitamines et minéraux sont des stratégies peu coûteuses pour s'attaquer au problème largement répandu de la malnutrition en micronutriments. Ils peuvent accroître la productivité et la croissance économiques, augmenter les chances de survie de l'enfant et de la mère, et renforcer le développement intellectuel et l'intelligence chez les enfants (chapitre 1). « Aucune autre technologie n'offre de meilleure occasion d'améliorer des vies à un coût aussi bas et dans un délai si rapproché[18]. »

L'expérience en matière de programmes

De nombreux pays ont procédé avec succès à l'iodation de leurs approvisionnements de sel, réduisant ainsi la prévalence du goitre et du crétinisme et prévenant l'arriération mentale et les troubles infracliniques liés à la carence en iode, tout en contribuant à accroître la productivité nationale. Des taux de couverture des programmes d'iodation du sel dépassant 75 % ont été atteints dans 26 pays (par région : Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Érythrée, Kenya, Nigeria, Rwanda, Ouganda et Zimbabwe ; Bolivie, Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Venezuela ; Arménie, Kazakhstan et Turkménistan ; Bhoutan, Chine, Laos et Vietnam ;

et Iran, Liban et Syrie ; voir la carte 1.4)[19]. La réussite de l'iodation du sel, comme des autres formes d'enrichissement nutritionnel, dépend de nombreux facteurs : en partie du nombre de manufacturiers, en particulier de petits producteurs – moins le nombre est élevé, plus il est facile de développer et de réglementer le programme ; de la vigueur des systèmes législatif et réglementaire dans le pays ; et de la proportion des populations les plus vulnérables qui ont accès à la nourriture enrichie en vente sur le marché. D'autres facteurs de succès, qui dépendent plus du contrôle du gouvernement, incluent la nécessité :

- de lancer des campagnes de sensibilisation et de promotion auprès du public de façon à ce que les gens comprennent les avantages de l'utilisation du sel iodé ;
- de combiner les incitations générées par les campagnes de sensibilisation avec une législation obligeant l'iodation du sel ;
- d'appliquer la loi efficacement en s'assurant que la quantité d'iode dans le sel est surveillée et que seul le sel iodé est en vente dans les magasins et les marchés.

Dans les pays développés, on a depuis longtemps fortifié le lait et les céréales pour le déjeuner avec de la vitamine A (et d'autres vitamines et minéraux), mais dans les pays en développement, c'est le sucre qui a servi jusqu'ici de substrat le plus répandu. En Amérique centrale, le programme d'enrichissement du sucre du Guatemala a pratiquement éliminé la carence en vitamine A ; d'importantes réductions ont aussi été observées au Salvador et au Honduras, où le programme d'enrichissement a été combiné à la distribution de suppléments[20]. L'enrichissement du sucre et les suppléments en vitamine A ont aussi été combinés en Zambie à partir de 1998, avec un succès apparent jusqu'ici dans les régions urbaines[21]. Dans la plupart des régions d'Afrique et d'Asie, les pauvres consomment cependant beaucoup moins de sucre qu'en Amérique latine, ce qui a mené d'autres pays à expérimenter des méthodes d'enrichissement de la farine de blé, de l'huile à cuisson et du MSG (monoglutamate de sodium) avec de la vitamine A.

Les recherches ont montré qu'un apport en vitamine A peut réduire de 23 % en moyenne la mortalité chez les jeunes enfants au sein des populations qui présentent des carences[22]. Les suppléments en vitamine A sont un moyen qui se prête facilement aux campagnes de distribution puisque les enfants n'ont besoin de recevoir que deux doses par année. Des pays aussi différents que le Nicaragua[23], le Niger[24] et le Népal[25] ont atteint des taux de couverture de plus de 80 % (voir la carte 1.3). La plupart des campagnes se tenaient originellement dans le cadre de Journées nationales d'immunisation, mais les pays ont mis l'accent sur d'autres thèmes pour les campagnes à mesure que l'immunisation devenait une procédure de routine des services de santé. On les a par exemple combinées à la Journée de l'enfant africain et à la Journée mondiale du sida en Tanzanie[26] ou, à

l'exemple des Philippines et du Niger, on a créé des Journées nationales des micronutriments, tenues deux fois par année.

Les programmes d'apport en fer pour combattre l'anémie ont connu moins de succès que ceux pour le sel iodé et la vitamine A, mais des modèles existent ici aussi. L'enrichissement en fer de la farine a considérablement amélioré la situation sur ce plan parmi tous les groupes de la population au Chili et au Venezuela[27], et l'enrichissement en fer du riz a fait de même pour les écoliers aux Philippines[28]. Une tentative prometteuse de fortification à grande échelle de la sauce soya en Chine a également montré qu'il s'agissait d'une façon rentable de réduire la prévalence de l'anémie (0,0007 $ par personne par année)[29] au sein de toute la population. Plusieurs expériences communautaires à petite échelle d'enrichissement par saupoudrage à la maison visant les jeunes enfants en Afrique et en Asie ont prouvé que de telles innovations sont faisables et aussi efficaces que l'utilisation largement répandue de gouttes de sulfate ferreux pour réduire la prévalence de l'anémie[30]. Le défi demeure toujours de déployer ces programmes à plus grande échelle.

Là où l'anémie est un problème sérieux et répandu, comme dans la plupart des régions d'Asie du Sud, l'enrichissement ne répond pas nécessairement aux besoins en fer des groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, et les suppléments deviennent nécessaires. La distribution de suppléments en fer s'est révélée plus difficile que celle de suppléments en vitamine A parce qu'ils doivent être pris quotidiennement et ont parfois des effets secondaires visibles. Par conséquent, des problèmes sont survenus dans la logistique de la fourniture et parfois dans la conformité avec les instructions données. L'Indonésie et la Thaïlande sont les pays qui ont fait le plus de progrès dans la réduction de l'anémie. Un guide pratique intitulé *What Works in Anemia Control*[31] fournit des lignes directrices sur la base de leur expérience et de celle de plus de 20 autres pays qui ont des programmes dont certains aspects méritent d'être reproduits.

Le dernier programme, mais non le moindre, est Harvest Plus. Il s'agit d'une initiative prometteuse au sein de laquelle des centres internationaux de recherche en agriculture ont commencé à développer de nouvelles espèces de plantes pouvant constituer des denrées de base riches en vitamines et minéraux essentiels, en utilisant une nouvelle approche d'enrichissement qu'on appelle la biofortification (voir www.harvestplus.org pour plus de détails).

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Des questions essentielles demeurent :

- Dans quelles circonstances les suppléments en micronutriments sont-ils plus rentables que l'enrichissement ? Comment les deux stratégies peuvent-elles être combinées pour se complémenter ?

- Dans quelle mesure peut-on atténuer la malnutrition en micronutriments par la culture et la consommation de variétés végétales riches en micronutriments et par des stratégies émergentes telles que la biofortification ?
- Comment peut-on le mieux maximiser les occasions de développer des partenariats multisectoriels efficaces (ou des Alliances nationales pour l'enrichissement) par des engagements clairs de tous les partenaires sur les plans financier et opérationnel ?

Les programmes d'aide alimentaire et de protection sociale

L'expérience en matière de programmes

Les programmes d'assistance alimentaire et de protection sociale peuvent se rattacher autant aux approches courtes qu'aux approches longues pour améliorer la nutrition. Il y a des leçons à tirer de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas.

Deux types d'assistance alimentaire fonctionnent rarement en tant qu'intervention nutritionnelle. Les subventions alimentaires générales peuvent accroître la consommation de nourriture des pauvres, mais elles sont un moyen hors de prix pour réduire la malnutrition (encadré 3.4). Les programmes d'alimentation scolaires se justifient parfois pour fournir une incitation aux enfants à aller à l'école et à avoir de meilleurs résultats, mais ils constituent rarement une intervention nutritionnelle rentable tout simplement parce que la dénutrition cause surtout des ravages chez les enfants d'âge préscolaire. Plusieurs gouvernements tentent malgré tout de justifier les programmes d'alimentation scolaires en soulignant leurs bénéfices nutritionnels ; mais si cela signifie que ces programmes sont financés par des fonds budgétaires consacrés à la santé et à la nutrition plutôt que par le budget pour l'éducation, les coûts de renoncement peuvent être très élevés pour les programmes qui visent à améliorer la nutrition des enfants d'âge préscolaire. L'éducation à la nutrition, les suppléments en fer et l'administration de vermifuge sont généralement de meilleurs investissements dans la nutrition à l'école que les programmes d'alimentation. Il a été démontré que les suppléments en fer et l'administration de vermifuge aident également les élèves à obtenir de meilleurs résultats[32].

Par contraste, les subventions alimentaires qui sont distribuées de façon régulière et impliquent des sommes importantes, mais qui visent strictement les populations pauvres et mal nourries, peuvent constituer une façon rentable d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages – en autant qu'elles sont combinées avec des services de counseling pour s'assurer que la nourriture additionnelle profite aux membres les plus vulnérables de la maisonnée[33]. Le ciblage est souvent opéré le plus efficacement en subventionnant des aliments qui ne présentent pas d'intérêt pour les gens qui ne sont pas pauvres. De plus, il a été démontré que les subventions sous forme de bons alimentaires entraî-

Encadré 3.4 Subventions alimentaires contre programmes ciblés de protection sociale

Les pays ont souvent recours à des subventions alimentaires générales pour instaurer un filet de sécurité nutritionnel. Malheureusement, ces programmes sont habituellement très coûteux et mal ciblés, et ont parfois des effets pervers. Les subventions données par la République du Yémen dans les années 1990 accaparaient 16 % du budget de l'État et presque 5 % du PIB ; et pourtant, seulement 7 % des bénéfices se rendaient jusqu'au quintile le plus pauvre de la population[34]. Dans les années 1990 au Maroc, la « subvention » à la farine de blé – il s'agissait en fait d'un programme de soutien aux producteurs – présentait non seulement un aspect régressif et un coût de renoncement élevé (le 1,7 % du PIB qu'on lui consacrait aurait pu être investi ailleurs pour créer un grand nombre d'emplois pour les pauvres), mais elle avait également un impact négatif sur l'environnement dans la mesure où elle encourageait les fermiers à accroître leur production sur des terres plus fragiles[35]. La bonne nouvelle, à tout le moins au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, est que des réformes significatives ont depuis été entreprises pour remplacer les subventions alimentaires par des filets de sécurité sociale mieux ciblés et plus efficaces.

nent une plus forte augmentation de la consommation de nourriture que le montant équivalent en transfert monétaire. L'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages reste tout de même habituellement une approche longue pour améliorer la nutrition, pour les raisons énumérées dans l'encadré 3.1. Dans quelles circonstances les transferts de nourriture ou d'argent peuvent-ils constituer des approches courtes ? L'expérience nous indique que cela survient principalement dans trois situations :

- *Lorsque l'assistance alimentaire est rapidement fournie aux familles qui ont subi un grave revers, une mauvaise récolte par exemple, sur le plan de la sécurité alimentaire.* Dans de telles circonstances, elle peut garantir la bonne nutrition des enfants ainsi que des mères[36]. Une telle aide doit toutefois être bien ciblée et fournie en temps opportun. Le succès dépend donc d'un système efficace d'alerte préventive, de critères de ciblage facilement applicables et d'un bon réseau de stockage et de distribution.
- *Lorsque les bons alimentaires ou les transferts monétaires aux familles pauvres sont conditionnels à l'utilisation par les bénéficiaires de services nutritionnels et de santé.* Les transferts conditionnels ont d'abord été utilisés au Honduras pour protéger les pauvres du choc des ajustements structurels, et ont par la suite été adoptés par d'autres pays d'Amérique latine comme programmes de développement humain[37]. Des évaluations au Mexique[38], en Colombie[39] et au Nicaragua[40] ont montré que les transferts conditionnels, bien que coûteux, fonctionnent bien lorsqu'il y a une volonté politique et lorsqu'ils ciblent les populations pauvres avec une

combinaison appropriée et une bonne qualité de services (encadré 3.5). Une leçon importante à tirer de ces expériences est que ces programmes ont pour effet de gonfler rapidement la demande de services ; il est donc crucial d'investir d'avance dans l'augmentation de la couverture des services pour les pauvres, de façon à ce que l'offre puisse répondre à la demande. Dans ce contexte, les programmes de transferts monétaires conditionnels s'avèrent une composante importante à la fois des interventions agissant sur la demande pour changer les comportements et des interventions agissant sur l'offre (voir le tableau 3.1).

- *Lorsque les suppléments alimentaires pour les enfants de 6 à 24 mois servent à éduquer la mère sur les avantages de donner à l'enfant des quantités additionnelles modestes et abordables.* Comme le montre l'expérience indienne en matière de fourniture de suppléments alimentaires (voir l'annexe technique 4.1A), de tels programmes doivent être conçus avec minutie de façon à améliorer les pratiques domestiques d'alimentation et à accroître l'autonomie des familles, et pour éviter qu'ils soient perçus comme des droits à l'assistance ayant pour effet d'accroître la dépendance envers l'État.

Les transferts monétaires conditionnels peuvent s'avérer une option coûteuse pour mettre en place des interventions nutritionnelles efficaces dans les pays les plus pauvres. On peut soutenir que là où les gouvernements ont décidé pour d'autres raisons d'instaurer ces transferts, il est possible de rendre les interventions agissant sur l'offre plus efficaces en ajoutant un élément conditionnel aux transferts et en les liant à une fourniture accrue de services. Les transferts conditionnels de nourriture, qui n'ont pas encore été tentés à une large échelle, constituent une autre variation du modèle des transferts monétaires conditionnels.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

La plupart des expériences impliquant des transferts conditionnels ont eu lieu dans des pays d'Amérique latine où le caractère relativement développé des systèmes de fourniture de services a fait en sorte que l'offre a pu s'adapter à la demande accrue. Des questions cruciales restent toutefois sans réponse :

- Dans quelle mesure les transferts conditionnels peuvent-ils fonctionner en Afrique et en Asie, où les budgets pour les transferts sont souvent très limités et les services de santé et de nutrition de même que les capacités de les renforcer souvent faibles ?
- Là où les gouvernements pourraient avoir décidé pour d'autres raisons d'instaurer des transferts de nourriture ou d'autres biens, comme des moustiquaires imprégnées, serait-il stratégiquement approprié de lier ces transferts à des modifications de comportement ? Les transferts conditionnels de nourriture sont-ils une option valable pour améliorer la nutrition ?

Encadré 3.5 Des éléments probants montrent que les programmes de transferts conditionnels peuvent être efficaces

L'un des programmes les mieux connus, le programme mexicain PROGRESA (qui s'appelle maintenant Oportunidades), vise à briser le cycle de la pauvreté intergénérationnelle en encourageant les familles pauvres à utiliser les services d'éducation, de santé et de nutrition. Entre 1997 et 2000, PROGRESA a distribué des montants à 2,6 millions de familles dans les régions rurales (40 % de la population rurale totale) en échange de l'utilisation par les familles de services qui permettent d'accumuler du capital humain, comme les écoles, les services d'immunisation et les programmes d'éducation à la santé et à la nutrition qui visent à modifier les comportements. Depuis 2001, le programme a également rejoint deux millions de familles dans les régions urbaines. PROGRESA fournit des cours sur la nutrition, un suivi de la croissance et des aliments enrichis en micronutriments à des enfants de 4 à 23 mois, à des enfants mal nourris de 2 à 4 ans, et à des femmes enceintes et en période de lactation. Comparés à des enfants d'un groupe de contrôle qui en ont bénéficié une année ou deux plus tard, les enfants qui bénéficiaient des services de PROGRESA :

- profitaient de dépenses médianes en nourriture plus élevées et d'une plus grande consommation d'énergie alimentaire (7,1 %) ;
- suivaient un régime alimentaire de meilleure qualité dans la mesure où ils mangeaient plus de légumes, de fruits et de viande ;
- avaient une taille supérieure de 1 cm chaque année ;
- présentaient un taux d'anémie inférieur de 10 %.

L'impact de PROGRESA a été plus grand parmi les plus jeunes enfants, les fillettes et les enfants issus des familles les plus pauvres. On a aussi observé que PROGRESA avait un effet redistributif marqué parmi les populations pauvres, pour deux raisons : plus de régions rurales ont été ciblées et les familles plus nombreuses comprenant plus de filles ont reçu des montants plus élevés.

Source : Gertler, 2000 ; Behrman et Hoddinott, 2001 ; Hoddinott et Skoufias, 2003 ; Handa et Huerta, 2004 ; Rivera *et al.*, 2004 ; Coady, 2003.

La malnutrition et les programmes de lutte contre le VIH/sida

Au cours des dernières années, des preuves de plus en plus concluantes ont été amassées sur les liens entre la malnutrition et le VIH / sida, et les effets des deux sur la croissance économique. Il est évident pour presque tout le monde que la nutrition joue un rôle primordial dans la prévention, le traitement et l'atténuation de la maladie, et dans les soins fournis aux individus séropositifs et aux familles et communautés touchées (figure 3.1). Et pourtant, l'interaction puissante et dévastatrice entre la malnutrition et le VIH / sida – surtout en Afrique subsaharienne, où plus de 60 % des personnes atteintes du VIH / sida vivent et où les taux de malnutrition

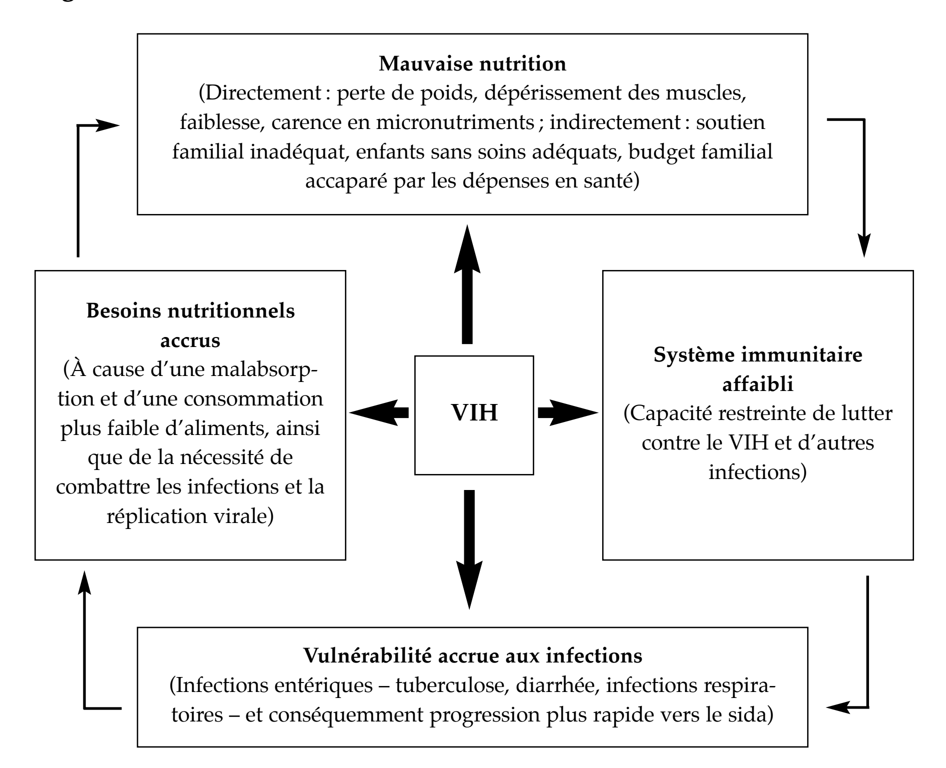
sont à la hausse – n'a été que récemment reconnue par les responsables politiques. Lors d'une consultation récente sur la nutrition et le VIH/sida en Afrique subsaharienne, l'OMS et ses partenaires[41] ont souligné deux points :

- Une nutrition adéquate ne peut guérir l'infection au VIH, mais il est essentiel de préserver le système immunitaire d'une personne, de maintenir des niveaux appropriés d'activité physique et de soutenir une qualité de vie optimale.
- Une nutrition adéquate est également nécessaire pour garantir que la thérapie antirétrovirale procurera des bénéfices optimaux, ce qui est essentiel pour prolonger la vie des personnes séropositives et pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Deux points méritent d'être ajoutés :

- Des mesures exceptionnelles sont nécessaires pour garantir la santé et le bien-être de tous les enfants touchés et rendus vulnérables par le VIH/sida, les jeunes filles étant particulièrement à risque.

Figure 3.1 L'interaction entre la malnutrition et le VIH/sida



Source : FANTA, 2004 ; modifications apportées avec de l'information en provenance de Gillespie et Kadiyala, 2005.

- La connaissance du statut d'un individu par rapport au VIH est importante pour faire des choix éclairés en ce qui concerne la santé reproductive et l'alimentation des enfants.

De telles mesures nécessiteront de toute évidence qu'on porte une attention accrue à la nutrition.

Une question qui demande une attention spéciale est de savoir comment équilibrer les bénéfices bien connus de l'allaitement maternel et le risque de transmission du VIH par le lait maternel – un risque qui est constant pendant toute la période d'allaitement[42]. Le dilemme provient du fait que, en utilisant des aliments de remplacement, l'enfant ne reçoit pas les effets positifs du lait maternel sur son système immunitaire et sera plus susceptible de mourir ou de souffrir de malnutrition à cause d'autres maladies. La situation se complique du fait de l'ignorance de la plupart des femmes de leur condition par rapport au VIH dans les milieux démunis, et à cause de l'incertitude qui entoure toujours les risques associés à différentes pratiques d'alimentation alternatives (comme le risque accru de maladie diarrhéique, la honte de ne pas allaiter, et l'effet d'entraînement de l'utilisation de succédanés sur les mères qui ne sont pas séropositives). De plus, même les femmes qui connaissent leur condition et qui choisissent les aliments de remplacement tombent dans le piège de l'alimentation mixte (l'allaitement combiné avec des succédanés de lait), une option dont il a été montré qu'elle présente le plus haut risque de transmission du virus. Ce recours à l'alimentation mixte est habituellement motivé par des facteurs culturels, par l'opprobre social, ou par l'impossibilité d'allaiter sur une base quotidienne dans un environnement chaud, humide et de dénuement. Des données récentes sur les risques moins élevés de transmission du virus par l'allaitement exclusif, comparé à l'alimentation mixte, justifient la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à ce que de nouvelles preuves du contraire soient disponibles – surtout dans les environnements où les ressources sont limitées[43].

L'expérience en matière de programmes

L'Ouganda a ouvert la voie en intégrant des considérations nutritionnelles dans le counseling pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida au moyen d'une excellente liste de lignes directrices pour les fournisseurs de services[44]. Gillespie et Kadiyala (2005) ont passé en revue un large éventail d'autres options en ce qui a trait à la nutrition et au VIH/sida, incluant une protection sociale et des interventions en faveur des moyens de subsistance en milieu rural, mais il existe peu ou pas de données sur la rentabilité des options ou expériences lorsqu'elles sont mise en œuvre à grande échelle. La combinaison de services procure toutefois des avantages programmatiques inhérents en termes d'efficacité parce que les groupes vulnérables sont similaires et qu'une infrastructure commune renforcera la

Encadré 3.6 Résumé des constatations du tour d'horizon scientifique portant sur la nutrition et le VIH/sida

- Pour les mères non séropositives et les mères qui ne connaissent pas leur condition par rapport au VIH, l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois est la pratique idéale à cause de ses avantages sur le plan d'une croissance plus forte du bébé et d'une plus faible propension aux infections. Une alimentation complémentaire sûre et appropriée et l'allaitement continue pour une période d'au moins 24 mois sont recommandés.
- Les mères séropositives devraient éviter l'allaitement lorsque des succédanés de lait sont acceptables, disponibles, abordables, durables et sûrs. Ces conditions sont toutefois difficiles à satisfaire pour la majorité des mères dans des conditions de dénuement. Si ce n'est pas possible, un allaitement exclusif qui cesse tôt (ce qui est moins susceptible de mener à la transmission du virus qu'une alimentation mixte) est recommandé. Le moment de cesser l'allaitement dépend des circonstances dans lesquelles se trouvent la mère et l'enfant.
- Bien qu'il n'existe aucune indication de la nécessité d'un apport plus élevé de protéines pour les personnes séropositives au-delà de ce qui est nécessaire pour satisfaire aux besoins énergiques dans un régime alimentaire équilibré, il est vrai que les besoins en énergie augmentent de 10 % chez les adultes et les enfants séropositifs asymptomatiques et de 20 à 30 % chez les adultes dont la maladie est plus avancée. Pour les enfants séropositifs qui présentent une perte de poids, les besoins énergétiques augmentent de 50 à 100 %.
- Les recommandations de l'OMS en ce qui concerne les suppléments en vitamine A, zinc, fer, acide folique et micronutriments multiples restent les mêmes. Les suppléments en micronutriments ne sont pas une alternative à un traitement complet contre le VIH, incluant une thérapie antirétrovirale.
- La concentration virale, la diarrhée chronique et les infections opportunistes affaiblissent la croissance des enfants séropositifs, et une faible croissance est associée à un risque accru de mortalité. Il est essentiel pour ces enfants de bénéficier d'un apport diététique amélioré pour regagner le poids perdu à la suite d'une infection opportuniste.
- La capacité de sauver des vies de la thérapie antirétrovirale est bien connue. Pour atteindre le plein potentiel d'un tel traitement, un apport diététique adéquat est essentiel. Une évaluation diététique et nutritionnelle devrait faire partie intégrante de soins complets contre le VIH, autant avant que pendant le traitement antirétroviral.

Source : OMS, 2005c.

coordination, réduira la fragmentation découlant d'une capacité limitée à fournir des services, et augmentera leur qualité. Le programme RENEWAL (Réseau régional sur le VIH/sida, les moyens de subsistance

en milieu rural et la sécurité alimentaire), un partenariat international récemment mis sur pied, vise à sensibiliser les gens, à combler les lacunes dans les connaissances et à intégrer les considérations nutritionnelles dans les politiques de lutte contre le VIH/sida, et inversement à intégrer les questions entourant le VIH/sida dans les politiques nutritionnelles (voir www.ifpri.org/renewal). Par l'entremise de son Projet d'assistance technique pour la nutrition et l'alimentation (FANTA) et de son projet de Soutien à l'analyse et à la recherche en Afrique (SARA), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a joué un rôle important pour maintenir les enjeux entourant la nutrition à l'avant-scène des discussions sur la recherche sur le sida dans la communauté du développement. La Banque mondiale a lancé une initiative pour inclure les interventions nutritionnelles dans les Projets multinationaux de lutte contre le sida (MAPs), en commençant par le Mozambique et le Kenya. L'objectif est d'apprendre de cette expérience et de l'étendre à d'autres pays dans la région de même qu'à d'autres initiatives, telles que le Plan d'urgence du président pour l'aide aux victimes du sida (PEPFAR).

Nous avons encore des choses à apprendre sur les façons de combiner les interventions nutritionnelles et les interventions contre le VIH/sida, mais ni le virus ni les programmes visant à le combattre n'attendent les progrès scientifiques. Des programmes de lutte à grande échelle contre le VIH/sida sont mis en place dans plusieurs pays en même temps que la recherche se poursuit et que les politiques sont développées. Les défis sont d'accélérer la recherche et d'intégrer le plus rapidement possible à ces programmes à grande échelle ce que nous savons à propos de la nutrition et du VIH/sida.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Les principales questions sont :

- Quel rôle une nutrition améliorée peut-elle jouer dans la compensation et l'atténuation des effets économiques du VIH/sida au sein des ménages et des communautés touchées ?
- L'OMS recommande un arrêt hâtif de l'allaitement maternel après une période d'allaitement exclusif pour les mères séropositives lorsqu'une alimentation alternative n'est pas acceptable, disponible, abordable, durables et sûre. Quels sont les effets sur la croissance et la nutrition et quelles sont les chances de survivre des enfants sevrés tôt, sans être infectés ?
- Dans quelles circonstances est-il rentable, possible, acceptable, sûr et abordable de financer les succédanés de lait pour les mères séropositives qui ne souhaitent pas allaiter et les suppléments alimentaires pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida ?
- Quelle nutrition spéciale et quelles interventions en matière de soins des enfants pourraient être nécessaires pour les enfants de personnes

atteintes du VIH/sida ou pour les orphelins dont un parent ou les deux sont morts du sida ?

- Certaines recherches indiquent que des suppléments de multivitamines donnés à des adultes séropositifs dans les premières phases d'une infection ont ralenti la progression du VIH, ce qui laisse croire qu'ils peuvent prolonger la période avant laquelle les drogues antirétrovirales deviennent nécessaires[45]. Quel est le régime le plus efficace et efficient de supplémentation en micronutriments pour les personnes séropositives ?
- Est-il possible que manger plus et mieux, plutôt que prendre des suppléments, puisse aussi retarder l'apparition du sida chez les personnes séropositives de même que le moment où les drogues antirétrovirales sont nécessaires ? Quelle est la rentabilité relative des interventions nutritionnelles et combien pourrait-on épargner par rapport aux coûts d'une thérapie antirétrovirale ?
- Le groupe cible pour les programmes nutritionnels qui touchent au problème du VIH/sida n'est pas uniquement composé de mères et d'enfants – les principaux clients des autres programmes pour lutter contre la sous-alimentation – mais la population dans son ensemble. Qu'est-ce que cela signifie pour la conception, la gestion et les coûts des services de nutrition et de santé ?

Là où la prévalence du VIH/sida est élevée, ce ne sont pas uniquement les individus et les familles qui sont touchés, mais aussi les perspectives de développement pour les communautés et les pays. Par exemple, une main-d'œuvre réduite à cause du VIH/sida peut compromettre la capacité des communautés à produire de la nourriture ou à trouver des bénévoles pour les programmes communautaires. De même, une productivité moins élevée signifie moins de recettes gouvernementales pour financer les programmes de développement. Voici une série de questions correspondantes sur les plans national et mondial qui seraient pertinentes pour la recherche :

- Lorsque le VIH/sida entraîne une réduction des capacités financières et de gestion en même temps qu'il augmente le besoin d'une intervention du gouvernement, comment cela influence-t-il :
  - la façon dont les gouvernements devraient allouer les montants d'investissement entre les approches courtes pour améliorer la nutrition des personnes atteintes du VIH/sida et les approches longues telles que la création de moyens de subsistance ?
  - la façon dont les partenaires du développement devraient allouer les montants d'investissement entre les programmes de développement et ceux de protection sociale ?
- La plupart des travaux sur l'interaction entre la nutrition et le VIH/sida ont été réalisés en Afrique subsaharienne. En Asie, où la prochaine phase de la pandémie de VIH/sida sera concentrée, comment cette interaction différera-t-elle et en quoi les interventions devraient-elles être modifiées ?

- Quelles sont les occasions d'élargir les interventions nutritionnelles par des programmes et des projets à grande échelle de lutte contre le sida tels que MAPs et PEPFAR ?

Les programmes de lutte contre le surpoids et les maladies non transmissibles liées aux habitudes alimentaires

Les problèmes d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT) liées aux habitudes alimentaires ainsi que les façons de s'y attaquer sont beaucoup moins bien compris que les interventions pour lutter contre la dénutrition et la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments (voir l'annexe technique 3.1 pour ce que nous savons à propos du problème et des solutions potentielles). La recherche récente laisse croire que l'obésité chez les enfants d'âge scolaire et les adultes a souvent des origines profondes. Les enfants mal nourris sont plus susceptibles de devenir obèses plus tard, et de plus en plus de données indiquent que des privations alimentaires chez la mère ou un poids faible à la naissance pourraient rendre un enfant plus sujet à devenir obèse à l'âge adulte ou à attraper des MNT[46]. En plus des changements dans les habitudes alimentaires et les styles de vie plus sédentaires, cela aide à expliquer pourquoi de nombreux pays en développement qui ont eu des niveaux élevés d'insuffisance pondérale et de dénutrition chez les jeunes enfants se retrouvent aujourd'hui avec des épidémies de MNT.

L'expérience en matière de programmes

L'obésité étant en grande partie le résultat d'habitudes alimentaires changeantes, des niveaux d'activité physique et des styles de vie, on peut en principe la prévenir ; et en pratique, les coûts élevés du traitement de MNT liées à l'obésité signifient que prévenir le poids excessif ou promouvoir la perte de poids par une combinaison d'éducation à la nutrition et à la santé et de politiques alimentaires faisant la promotion d'un régime plus sain et de changements dans les styles de vie[47] sont les seules façons réalistes de s'attaquer au problème. Cependant, si les privations alimentaires chez la mère, l'insuffisance pondérale et la dénutrition en bas âge prédisposent un enfant à devenir obèse plus tard, les interventions préventives et les programmes nutritionnels existants ne sont pas entièrement incompatibles, puisque les programmes qui s'attaquent à la dénutrition et à la malnutrition due à une carence en micronutriments et qui se concentrent surtout sur les enfants de moins de deux ans et sur les mères enceintes et en période de lactation auront un effet positif sur l'obésité. Les autres périodes propices pour s'attaquer à l'obésité sont de l'âge de 4 ans à 7 ans, durant l'adolescence et au début de l'âge adulte (voir l'annexe technique 3.1). Les programmes contre l'obésité ont donc inévitablement des groupes cibles plus larges et par consé-

quent des coûts et une complexité de gestion plus élevés que les programmes traditionnels centrés sur la dénutrition.

Il existe une grande variété d'interventions potentielles contre l'obésité, qui vont de l'éducation des individus à des changements de politiques sur le plan national (tableau 3.2). Si les programmes contre l'obésité impliquent la santé, l'éducation, le secteur privé, les médias, la planification urbaine, le transport, ainsi que les politiques alimentaires et agricoles, il est clair qu'ils requerront une capacité de gestion additionnelle. On constate cependant que jusqu'ici les programmes qui ont connu le plus de succès, comme le projet de Carélie du Nord en Finlande[48] et le programme brésilien à grande échelle Agita[49], ont poursuivi simultanément différentes approches. Par exemple, le Projet de Carélie du Nord, lancé au début des années 1970 pour prévenir les maladies cardiovasculaires par des changements dans les styles de vie et les facteurs de risque, fait non seulement la promotion d'habitudes alimentaires saines (c'est-à-dire d'une consommation plus grande de fruits et légumes et moins grande de sel), mais il génère également une demande à la hausse sur le marché pour des aliments plus sains. Le programme Agita au Brésil a ciblé les enfants d'âge scolaire, les adultes plus âgés et les travailleurs avec une combinaison d'événements spéciaux, de matériel d'information, de campagnes dans les médias de masse, de formation pour des éducateurs physiques et des médecins, de promotion de la santé sur les lieux de travail, et d'entreprises en collaboration avec des agences publiques de divers secteurs.

Une leçon à retenir est que les services de santé ne sont pas nécessairement le principal ni le meilleur moyen de susciter des modifications de comportement. Une autre leçon est que, bien que les interventions qui agissent sur la demande (l'éducation à la nutrition) semblent être la stratégie la plus évidente, les interventions qui agissent sur l'offre telles que les politiques alimentaires et la manipulation des prix des friandises à forte densité calorifique et des fruits et légumes peuvent s'avérer tout aussi importantes. L'atteinte d'un équilibre approprié entre les deux peut être compliquée par des conflits d'intérêts entre les objectifs de santé publique (par exemple, manger moins d'aliments à forte densité calorifique) et les objectifs commerciaux (par exemple, vendre plus de produits, dont certains sont à forte densité calorifique).

Un obstacle important à l'élargissement des programmes de lutte contre l'obésité est le fait que très peu d'entre eux ont été correctement évalués, en partie parce que différentes mesures de résultats ont été utilisées et parce que plusieurs évaluations se concentrent sur les changements dans le niveau de sensibilisation des clients plutôt que sur les changements dans les comportements qui affectent réellement l'obésité. Le programme du Brésil, bien qu'il ait été mieux évalué que la plupart des autres, illustre bien ce problème : il est clair qu'il a mené à des changements de comportements

Tableau 3.2 L'éventail des interventions réalisables par les programmes de lutte contre l'obésité

	Types d'interventions	*Lieu de mise en œuvre*
Information sur les modifications aux habitudes alimentaires, à l'exercice et aux styles de vie	Interpersonnelle	Clinique locale[50], école[51], lieu de travail[52], communauté[53]
	Médias de masse[54]	Au niveau de la ville, de la région, du pays
Changements de politiques[55]	Fournir des parcs, des pistes cyclables[56]	Localement
	Faire la promotion de la culture de fruits et légumes et de systèmes de distribution des aliments périssables[57]	Au niveau du pays
	Réduire les subventions pour le sucre et les produits laitiers[58]	Au niveau du pays
	Faire la promotion d'un régime alimentaire de meilleure qualité (moins de gras et de sucre) et réglementer le marché[59]	Au niveau du pays

en termes de niveaux accrus d'activité physique, mais il est difficile de savoir quels ont été les effets sur l'obésité ou quelles composantes du programme ont contribué à ces effets.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

- Les programmes à cibles multiples qui impliquent plusieurs agences, comme celui du Brésil, sont relativement dispendieux et exigeants sur le plan institutionnel. Quelle est la rentabilité relative des différentes approches visant à contrôler l'obésité et les MNT liées aux habitudes alimentaires selon les circonstances de chaque pays ? Et quel est l'équilibre approprié entre les interventions qui agissent sur la demande et celles qui agissent sur l'offre ?
- Sur qui les programmes de lutte contre l'obésité devraient-ils être ciblés selon les circonstances de chaque pays ? Sur ceux qui ont déjà un problème de surpoids, ceux qui sont à risque ou sur la communauté dans son ensemble ? Dans quelle période de la vie trouve-t-on les

meilleures occasions pour cibler des programmes visant à prévenir l'obésité et les MNT liées aux habitudes alimentaires ?

- Il semble y avoir un lien évident entre les politiques agricoles et alimentaires et les résultats sur le plan de la nutrition et de la santé. Quels sont les effets intentionnels et non intentionnels des politiques publiques dans les autres secteurs sur la nutrition ?
- Les autres barrières au progrès incluent le manque de sensibilisation des politiciens par rapport à l'importance du problème de l'obésité ; le manque de sensibilisation des économistes et des planificateurs financiers par rapport à ses coûts ; et les normes culturelles dans certaines sociétés qui ne considèrent pas le surpoids comme une préoccupation (certaines données indiquent que la préférence pour un corps plus mince augmente à mesure que les pays se modernisent). Dans de telles circonstances, quelle est la meilleure façon d'accroître l'engagement envers les programmes de prévention de l'obésité et des MNT liées aux habitudes alimentaires, parmi les décideurs comme au sein du grand public, sans encombrer les plans de lutte contre la dénutrition ?
- Quelles combinaisons d'interventions intégrées peuvent s'attaquer de façon rentable à la fois à la dénutrition et au surpoids dans les pays en transition nutritionnelle ? Quelles politiques efficaces qui font la promotion d'habitudes alimentaires et d'aliments plus sains peuvent également cibler simultanément la dénutrition et le surpoids ?

Le rôle des politiques publiques

Les politiques nutritionnelles – les lois, réglementations et règles qui gouvernent l'allocation des budgets de l'État et les interventions visant à améliorer la nutrition – sont importantes, tout comme le sont les programmes. Par exemple, la mise en place d'un cadre approprié de politiques publiques est essentielle au succès des programmes visant à réduire l'obésité (encadré 3.7). Dans un monde idéal, chaque pays se serait engagé à mettre en place des politiques nutritionnelles décrivant des objectifs quantitatifs devant être atteints dans un délai spécifique ; à établir une stratégie globale ; à mettre dans un ordre de priorités des programmes réalistes et efficaces et des réformes de politiques ; et à systématiser le suivi des progrès et la production de comptes rendus.

Le processus d'adoption des politiques

On constate toutefois que l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ont généralement été très difficiles. Certains pays n'ont même pas de politiques explicitement dédiées à la nutrition. D'autres ont des politiques qui n'ont pas été mises en œuvre parce qu'elles ont un ou plusieurs des défauts suivants :

Encadré 3.7 Le rôle des politiques publiques

Les politiques publiques ont un rôle potentiel à jouer pour atténuer la mauvaise santé et les conséquences économiques négatives associées à la hausse des cas d'obésité et de surpoids dans les pays en développement, par l'entremise d'interventions qui agissent autant sur la demande que sur l'offre.

Demande

- Modifier les prix relatifs des aliments sains et malsains.
- Fournir des lignes directrices nationales sur l'alimentation et exiger un étiquetage des aliments qui offre une information plus claire sur les habitudes alimentaires saines et le contenu des produits.
- Mener des campagnes d'information pour sensibiliser la population aux conséquences d'un mauvais régime alimentaire et de l'obésité.
- Développer des approches multisectorielles appropriées pour s'attaquer au marketing d'aliments malsains auprès des enfants.

Offre

- Accroître les investissements en agriculture pour augmenter la productivité et réduire le prix des fruits et légumes.
- Empêcher les prix spéciaux pour les aliments à forte densité calorifique et assouplir les restrictions sur la production d'aliments sains.
- Réformer les politiques commerciales dans le but de réduire les tarifs douaniers sur les fruits et légumes.
- Imposer des normes plus restrictives sur le contenu en gras des aliments industriels ou des aliments consommés en dehors de la maison.

Source : Extraits de Haddad, 2003 ; informations additionnelles tirées de OMS, 2004.

- Elles regroupent des objectifs très généraux sans déterminer de cibles spécifiques, d'interventions pour les atteindre, ni qui sera responsable de le faire.
- Elles ne sont pas fondées sur une analyse de ce que les différentes interventions coûteront et elles ne précisent pas comment elles seront financées et mises en œuvre.
- Elles ne sont pas liées à des plans d'investissement et à des budgets, ni à un processus de suivi et d'évaluation qui informerait les décideurs des progrès accomplis.

Depuis 2000, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale ont conjointement passé en revue leurs travaux des vingt dernières années dans le domaine de la nutrition, en mettant particulièrement l'accent sur ce qu'ils ont appris à propos du processus d'adoption des politiques[60]. Les conclusions principales sont que l'élaboration des

politiques devrait se fonder sur une évaluation plus réaliste de l'engagement et des capacités du pays (autant financières que de gestion) et que les stratégies devraient se concentrer sur la façon dont les politiques seront mises en œuvre[61] – par contraste avec de nombreux Plans d'action nationaux pour la nutrition développés après la Conférence internationale sur la nutrition de 1992, qui ne contenaient aucune section sur la mise en œuvre. Les politiques et les stratégies fonctionnent uniquement si elles sont le résultat de discussions et d'un accord entre les institutions partenaires concernant ce qu'elles peuvent et veulent faire, et ce qui sera financé et de quelle façon.

On peut illustrer l'importance cruciale de cet engagement à mettre en œuvre les politiques en comparant les expériences divergentes de certains pays. L'Inde a développé une politique nationale sur la nutrition en 1993, un plan d'action national pour la nutrition en 1995, et a mis en place un conseil national de la nutrition pour en superviser la mise en œuvre. Sept ans plus tard, le conseil ne s'était toutefois pas encore réuni[62]. La Thaïlande s'est moins préoccupée d'adopter des politiques formelles sur la nutrition mais a appuyé son programme multisectoriel en matière de nutrition sur un plan d'investissement et un budget mettant l'accent sur la mise en œuvre, et auxquels plusieurs ministères sectoriels ont donné leur appui[63]. Le Vietnam avait entrepris l'iodation d'une proportion appréciable du sel consommé par ses habitants en 1998, avant même d'élaborer une politique ou une législation visant l'iodation du sel – par contraste avec les Philippines, qui ont adopté une loi en 1994, mais qui avaient iodé moins de 14 % de leur sel en 1998. Comme le concluait l'examen de l'UNICEF et de la Banque, « les politiques ne sont que ce qu'elles accomplissent[64] ».

Les choix à faire sur le plan des politiques

Les politiques nutritionnelles doivent donc refléter de façon réaliste l'engagement et les capacités du pays et s'insérer dans un processus qui transforme les déclarations des politiques en action. Elles doivent également se pencher sur des choix politiques spécifiques. La Thaïlande a été capable de mettre sur pied un programme nutritionnel multisectoriel avec succès parce qu'elle s'est clairement engagée à agir dans le domaine de la nutrition ; parce qu'elle avait la capacité de gestion nécessaire ; et parce qu'une tradition d'entraide communautaire lui a permis d'élargir son programme national de promotion de la croissance sans dépenser de grosses sommes, en ayant recours aux bénévoles des villages[65]. D'autres pays pourraient ne pas avoir cette chance : lorsque l'engagement ou les capacités financières et de gestion sont limitées, il pourrait être plus pertinent de se concentrer à court terme sur des objectifs nutritionnels plus modestes et faciles à atteindre dans un secteur ou deux. Cette définition d'un ordre de priorités exigera une réflexion délicate quant aux choix à faire entre les diverses interventions nécessaires là où la malnutrition est répandue et empêche le

développement, et où les capacités nationales pour s'attaquer à ces problèmes sont limitées.

Approches courtes et approches longues. L'un des choix politiques les plus importants consiste à décider combien investir dans les approches longues, par opposition aux approches courtes. Lorsque les finances sont serrées, les interventions qui correspondent aux approches courtes sont souvent plus rentables. Elles touchent plus directement les conditions nutritionnelles, et la plupart des pays ont moins investi dans les programmes de distribution de micronutriments et de promotion de la croissance qu'ils ne l'ont fait en alimentation et en agriculture – malgré les indications venant de plusieurs d'entre eux qui montrent que la malnutrition est présente même dans les régions qui connaissent un surplus alimentaire et dans les ménages qui ne sont pas pauvres (chapitre 2). Si c'est le cas, l'approche la plus rentable à court terme seraient de consacrer des fonds additionnels à des interventions ayant des effets plus immédiats, tout en les complémentant par une réallocation des dépenses qui correspondraient aux approches longues pour qu'elles touchent plus la nutrition. Cela pourrait par exemple être accompli en :

- concentrant la recherche et l'expansion agricoles sur les récoltes dont les femmes sont responsables parce que leur revenu est plus susceptible d'être dépensé sur des aliments pour elles-mêmes et pour leurs enfants ;
- ciblant les programmes pour améliorer l'eau et l'hygiène publique dans les régions où la diarrhée est une cause majeure de malnutrition ;
- se servant du statut nutritionnel comme critère pour cibler les programmes existants de protection sociale ;
- optimisant la disponibilité de certains types d'aliments (fruits et légumes, sucre, gras et huiles, aliments malsains) et en influençant la demande pour ces aliments.

Supplémentation alimentaire et soins de santé et interventions visant la distribution de micronutriments. Des choix politiques importants doivent aussi être faits pour trouver un équilibre parmi les interventions associées aux approches courtes. De nombreux programmes nutritionnels se concentrent sur la supplémentation alimentaire dans des situations où les principales causes de la malnutrition sont un accès limité aux services de santé, des pratiques déficientes en matière de soins des enfants ou une carence en micronutriments. Par exemple, un récent examen des priorités sur le plan de la nutrition dans les Documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP) de 40 pays où la malnutrition est fortement présente a révélé que seulement 13 pays avaient mis en place des activités pour s'attaquer à la carence en vitamine A et à l'anémie, bien qu'il s'agisse de problèmes de santé publique dans 35 et 34 pays respectivement.

Les programmes de distribution de micronutriments sont un choix politique attrayant à cause de leur faible coût par habitant. Là où la

malnutrition due à une carence en micronutriments et la dénutrition sont toutes les deux un problème, et où les pays n'ont ni le niveau d'engagement ni les fonds nécessaires pour lancer en même temps à grande échelle des programmes nutritionnels associés aux approches longues, il peut parfois être utile d'élargir d'abord les interventions visant la distribution de micronutriments, tout en testant des façons de promouvoir la croissance. Même si la réussite sur le plan des micronutriments n'est pas un substitut à un investissement dans des programmes de promotion de la croissance à grande échelle, elle peut contribuer à l'engagement à investir plus.

Il est particulièrement important de consacrer plus de fonds publics à la distribution de suppléments en micronutriments et de budgétiser ces dépenses dans la planification à moyen terme du gouvernement pour qu'elles soient durables : plusieurs pays dépendent aujourd'hui dangereusement de l'aide étrangère pour ces efforts, tout comme c'était le cas dans les premières phases des programmes de vaccination universels. Néanmoins, les investissements dans les programmes de micronutriments ne doivent pas faire en sorte qu'on néglige la dénutrition en général, comme cela a été le cas dans certains pays au cours de la dernière décennie. Les capacités et la confiance acquises dans le processus de mise en œuvre de programmes de micronutriments devraient plutôt être utilisées comme fondement pour instaurer des programmes nutritionnels communautaires à grande échelle qui exigent des compétences en gestion plus complexes.

Couverture et intensité. L'expérience des programmes comme ceux du Bangladesh, de Madagascar et du Mexique a montré qu'il faut gérer avec beaucoup de précaution les tiraillements existant entre le désir de consolider la qualité de la mise en œuvre des programmes et les pressions politiques pour élargir (ou abolir) des programmes. Lorsque l'engagement politique est élevé, une expansion trop rapide peut compromettre la qualité des programmes. Les occasions d'élargir un programme et l'appui politique pour le faire ne se présentent cependant pas très souvent. Il est donc essentiel de trouver un équilibre.

Parce que cela est souvent politiquement commode, quelques pays ont tenté d'accroître la couverture des programmes de promotion de la croissance aux dépens de la qualité et de l'intensité de l'utilisation des ressources, qu'il s'agisse du nombre d'agents sur le terrain par rapport aux clients ou du nombre d'agents formateurs et de superviseurs par rapport aux agents sur le terrain. Cet arbitrage présente habituellement des coûts élevés en termes de qualité et d'effet. Un récent examen des programmes communautaires de promotion de la croissance pointe vers la nécessité de maintenir des ratios agents/ménages de 1/10 ou 1/20 dans le cas des bénévoles à temps partiel, et de 1/500 pour ce qui est des agents rémunérés à temps plein, ainsi que des ratios superviseurs/agents d'environ 1/20[66].

Jeunes enfants et enfants plus âgés. Bien que la majorité des cas de dénutrition surviennent durant la grossesse et les deux premières années de la vie, et qu'il soit en général impossible de renverser les dommages causés, plusieurs programmes continuent de consacrer des ressources importantes à d'autres groupes d'âge.

Incohérence entre le problème de malnutrition et les solutions proposées. La plupart des pays ne réussissent pas à mettre en place des programmes nutritionnels à une échelle qui se rapproche de ce qui serait nécessaire (voir le tableau 1.8). Dans plusieurs cas, cependant, ce sont les mauvais types de programmes et d'interventions qui sont développés à grande échelle. Ces incohérences entre les besoins et les causes de la malnutrition et la conception des programmes ont été décelées en Inde[67]et se retrouvent dans plusieurs autres programmes :

- *La priorité à l'alimentation* : Plusieurs programmes nutritionnels se concentrent sur la sécurité alimentaire et la supplémentation alimentaire dans des situations où les principales causes de la malnutrition sont un accès limité aux services de santé et des pratiques déficientes en matière de soins des enfants.
- *Le ciblage par groupe d'âge* : La plupart des cas de dénutrition surviennent durant la grossesse et les deux premières années de la vie, et il est en général impossible de renverser les dommages causés (chapitre 2). De nombreux programmes continuent tout de même à consacrer des ressources importantes (en particulier de la nourriture) à d'autres groupes d'âge (par exemple, les enfants de 3 à 6 ans, les enfants d'âge scolaire). La récente campagne en Afrique en faveur des programmes d'alimentation scolaires n'est qu'un autre exemple de gaspillage de ressources, et il est particulièrement ironique de constater qu'il survient dans un contexte où les ressources sont rares et les coûts de renoncement importants.
- *Le ciblage des pauvres*. Bien que les données indiquent systématiquement que ce sont surtout les pauvres qui souffrent de malnutrition, de nombreux programmes (intentionnellement ou à cause de lacunes dans la mise en œuvre) ne réussissent pas à cibler les régions les plus pauvres ou les personnes les plus pauvres dans les régions à revenu mixte. Des analyses de distribution des bénéfices devraient donc être incluses dans les évaluations de programmes.

Comme on l'a mentionné plus haut, un récent examen des enjeux nutritionnels dans 40 pays où l'on retrouvait des PRSP a révélé que 38 pays avaient un problème sur le plan des carences en micronutriments, mais que seulement 23 pays avaient mis en place des activités pour s'attaquer à ce problème. Cependant, plus de 90 % des pays indiquaient effectuer des interventions en matière de sécurité alimentaire, bien que celle-ci ne soit pas un problème majeur.

Les politiques intentionnelles et non intentionnelles

Un certain nombre de choix intentionnels de politiques en matière de nutrition sont clairement reliés aux enjeux nutritionnels (encadré 3.8). De plus, des politiques mises en œuvre dans des secteurs qui semblent n'avoir aucun lien avec la nutrition peuvent avoir un important effet négatif ou positif sur la nutrition, en grande partie à cause de l'impact sur les prix des aliments et d'autres éléments qui contribuent à une bonne nutrition. Par exemple, au milieu des années 1990, la dévaluation du franc CFA a eu un impact important et immédiat sur les pays du Sahel : les pauvres des milieux urbains ont été particulièrement touchés par l'augmentation en flèche des prix des aliments[68]. La détermination des politiques nutritionnelles doit donc également tenir compte des implications pour la nutrition des politiques macroéconomiques et sectorielles. Il est nécessaire de développer des façons d'accentuer leurs effets positifs ou d'atténuer leurs effets négatifs, en développant par exemple des programmes nutritionnels pour faire un contrepoids à ces effets et protéger les plus pauvres, comme le Sénégal l'a fait lors de la dévaluation du franc CFA. Une grande variété de politiques peut avoir des effets inattendus sur la nutrition (tableau 3.3).

L'expérience en matière de programmes

L'analyse des politiques alimentaires vise à comprendre de façon systématique les effets des différentes politiques sur la consommation alimentaire et la nutrition des pauvres[69]. Des analyses macroéconomiques et sectorielles des politiques alimentaires ont été menées en Inde[70], en Tunisie[71], au Mozambique[72] et en Indonésie[73], pour ne nommer que quelques pays, et des leçons utiles en ont été tirées sur les façons de modifier les politiques dans ces domaines[74]. Les Analyses de la pauvreté et de l'impact social (PSIA) vont plus loin dans l'évaluation des politiques alimentaires en les intégrant dans les stratégies de lutte contre la pauvreté, les réformes sectorielles et les ajustements structurels. Il est important de susciter au sein des pays la capacité de conseiller les décideurs au sujet des effets sur la nutrition des politiques mises en place par des institutions qui jouent un rôle crucial, comme le ministère des Finances ou une agence de surveillance de la pauvreté.

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Certaines lacunes dans les données essentielles font en sorte qu'il est difficile d'affecter les ressources de manière appropriée :

- Plus de 20 pays en Afrique n'ont pas de données adéquates sur le statut nutritionnel des populations ou sur les tendances[75].

Encadré 3.8 L'incidence des politiques agricoles et alimentaires sur la nutrition et la santé

Les politiques agricoles et alimentaires peuvent influencer les résultats obtenus sur le plan de la nutrition et de la santé autant positivement que négativement. Par exemple, plusieurs pays de l'OCDE ont tendance à subventionner les céréales (comme le blé et le maïs) plus que les fruits et légumes, ce qui accroît directement la consommation de céréales (et indirectement de viande) et réduit celle de fruits et légumes. Un récent examen de la Politique agricole commune de l'Union européenne a noté que l'appui au secteur de l'élevage bovin entraîne un surplus de produits laitiers et contribue à la consommation de gras saturés. Par conséquent, les maladies liées aux habitudes alimentaires, en particulier les maladies cardiovasculaires, sont responsables de 7 millions d'années de vie perdues chaque année, et les coûts reliés à l'obésité comptent pour 7% du budget de la santé de l'Union européenne.

En Pologne, on croit que l'abolition de subventions importantes aux consommateurs (en particulier pour des aliments d'origine animale) et le remplacement subséquent des gras saturés par des gras insaturés de même qu'une consommation accrue de fruits et légumes frais ont entraîné une réduction de la prévalence de maladies cardiaques ischémiques et de la mortalité due aux maladies respiratoires depuis 1991.

Source : Gastein Opinion Group, 2002 ; Zilberman, 2005 ; Zatonski, McMichael et Powles, 1998.

- De nombreux autres pays dans toutes les régions n'ont pas de données fiables sur la couverture et la qualité des projets et programmes existants en matière de nutrition. Une meilleure analyse des coûts, de la capacité de payer et de financer, s'avère nécessaire presque partout, en rapport avec de nombreux sujets :
- Ce que coûtent les interventions dans diverses circonstances nationales[76].
- Les sources de financement qui peuvent être trouvées en redirigeant des fonds provenant de programmes inefficaces, et le fait de savoir quels programmes peuvent être mieux conçus et ciblés.
- Les dépenses publiques additionnelles qui seront requises, et la façon dont elles pourront être financées et intégrées dans les budgets réguliers de l'État.
- La manière dont une analyse de la distribution des bénéfices peut devenir un aspect régulier de l'évaluation des programmes.

Tableau 3.3 Exemples de politiques non intentionnelles en matière de nutrition

Politique	*Effets potentiels sur la nutrition*
Taux de change	• Une monnaie surévaluée favorise les consommateurs urbains d'aliments importés aux dépens des producteurs dans les régions rurales, qui courent un plus grand risque de malnutrition.
Commerce	• Protéger les producteurs agricoles locaux en restreignant les importations entraîne une hausse des prix, ce qui équivaut à une taxe pour les consommateurs nets de nourriture (incluant la plupart des petits fermiers). • Les contrôles douaniers sur l'importation d'aliments non enrichis dans les pays où l'enrichissement est obligatoire (comme c'est le cas pour la farine en Bolivie ou le sel dans plusieurs pays) font en sorte de promouvoir une bonne nutrition.
Environnement	• La préservation des forêts et des parcs encourage l'exercice récréatif et la diminution du surpoids ; les forêts sont une source importante d'aliments cueillis.
Énergie	• Le fait de taxer ou subventionner les combustibles domestiques affecte le type et la quantité de combustible utilisé pour la cuisson, ce qui a une incidence sur les habitudes alimentaires (par exemple, choisir de cuisiner en utilisant du riz raffiné plutôt que du sorgho ou du millet dans les régions urbaines du Sahel).
Emploi	• Les politiques obligent les compagnies à offrir des pauses aux femmes pour qu'elles puissent allaiter leurs enfants.
Routes et sécurité publique	• La présence de pistes cyclables et de trottoirs sécuritaires dans les régions urbaines contribue à promouvoir l'exercice récréatif (comme dans le cas du programme « ville en santé » à Bogota, en Colombie).
Agriculture	• Les subventions aux producteurs, la recherche financée par des fonds publics et les investissements publics dans les infrastructures et les marchés peuvent contribuer implicitement à subventionner le sucre, le gros bétail, les graines oléagineuses et les récoltes dont les hommes sont responsables, par opposition aux fruits et légumes, aux gros grains et aux récoltes dont les femmes sont responsables, ce qui affecte la disponibilité et le prix des aliments et réduit l'influence des femmes dans les décisions domestiques. • La réglementation ou l'imposition de normes concernant l'identification des aliments, les ingrédients permis, la pureté, la sûreté, le contenu nutritionnel, l'étiquetage et le marketing peuvent promouvoir ou freiner l'enrichissement alimentaire (comme c'est le cas de l'iodation du sel en Inde), le choix d'une alimentation saine par les consommateurs (comme en Corée) et les connaissances en matière de nutrition (comme en Europe ou aux États-Unis).

Tableau 3.3 (suite)

Politique	*Effets potentiels sur la nutrition*
Santé	• La présence d'une assurance maladie nationale et d'un ensemble de services de santé de base garantis qui inclut (ou exclut) la promotion de la croissance, les micronutriments et le counseling en nutrition peut affecter la nutrition (comme en Bolivie). • Les réglementations qui restreignent le marketing et la distribution de succédanés de lait maternel, y compris dans les hôpitaux, peuvent encourager l'allaitement maternel.
Éducation	• Les programmes éducatifs exigent l'éducation physique, l'éducation à la nutrition et à la consommation (comme à Singapour).
Bien-être social	• Les filets de sécurité sociale qui ciblent les pauvres garantissent l'accès à une alimentation minimale (transferts monétaires, bons d'alimentation, alimentation institutionnelle). • Les efforts pour assurer la qualité, la disponibilité et le caractère abordable des programmes de développement de la petite enfance et d'éducation des parents incluent un élément nutritionnel.

Notes

1. Banque mondiale, 1994a.
2. Berg, 1987.
3. Tontsirin et Winichagoon, 1999.
4. Banque mondiale, 2002b ; Pelletier, Shekar et Du, à paraître.
5. Van Roekel *et al.*, 2002 ; Griffiths et McGuire, 2005.
6. Banque mondiale, 1999b.
7. Banque mondiale, 2001b.
8. Mason *et al.*, à paraître.
9. Jones *et al.*, 2003.
10. ACC / SCN, 2000.
11. ACC / SCN, 2000.
12. Pelletier, Shekar et Du, à paraître.
13. Christian *et al.*, 2003 ; Orsin *et al.*, 2005.
14. ACC / SCN, 2000.
15. Banque mondiale, 1994a.
16. Barros et Robinson, 2000.
17. OED, 2005c.
18. Banque mondiale, 1994b.
19. UNICEF et IM, 2004a.
20. Mannar et Shankar, 2004.
21. Serlemitsos et Fusco, 2001.
22. Beaton *et al.*, 1993.
23. Mora et Bonilla, 2002.
24. Aguayo *et al.*, 2005.
25. Fiedler, 2000.
26. Masanja *et al.*, à paraître.

27. Mannar et Shankar, 2004.
28. Mannar et Gallego, 2002.
29. Chen *et al.*, 2005.
30. Zlotkin *et al.*, 2005 ; Sari *et al.*, 2001.
31. Galloway, 2003.
32. Banque mondiale, 2002c.
33. Alderman, 2002.
34. Banque mondiale, 1999a.
35. Banque mondiale, 1999a.
36. Quisumbing, 2003 ; Yamano, Alderman et Christiaensen, 2005.
37. Coady, 2003 ; Rawlings, 2004.
38. Behrman et Hoddinott, 2000 ; Hoddinott et Skoufias, 2003 ; Handa et Huerta, 2004 ; Rivera *et al.*, 2004.
39. Attanasio *et al.*, 2005.
40. Maluccio et Flores, 2004.
41. OMS, 2005c.
42. Coutsoudis *et al.*, 2004 ; Iliff *et al.*, 2005.
43. Coutsoudis *et al.*, 1999 ; Iliff *et al.*, 2005 ; Ross et Labbok, 2004.
44. République ougandaise, 2004.
45. Fawzi *et al.*, 2004, 2005.
46. Barker *et al.*, 1992 ; Ravelli *et al.*, 1998 ; Barker *et al.*, 2002 ; Barker, 2002 ; Prentice, 2003 ; Barker, 2004.
47. Zatonski, McMichael et Powles, 1998.
48. Puska *et al.*, 1998 ; Puska, Pietinen et Uusitalo, 2002.
49. Matsudo *et al.*, 2002 ; Ramsey *et al.*, 2002.
50. NICHM, 2003 ; Sothern *et al.*, 2000 ; Sothern *et al.*, 2002.
51. NICHM, 2003 ; Coleman *et al.*, 2005 ; Dowda *et al.*, 2005.
52. Coleman et Gonzalez, 2001 ; Doak, 2002.
53. Matsudo *et al.*, 2002 ; Kahn *et al.*, 2002 ; Puska *et al.*, 1998, 2002 ; Toh *et al.*, 2002 ; OMS, 2000a.
54. Lee, Popkin et Kim, 2002 ; Doak, 2002 ; Carroll, Craypo et Samuels, 2000.
55. Haddad, 2003 ; Hawkes *et al.*, 2005.
56. Neiman et Jacoby, 2003.
57. Nugent, 2004 ; Lee, Popkin et Kim, 2002.
58. Nugent, 2004.
59. Nugent, 2004.
60. Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.
61. Voir en particulier Pelletier, D., « A Framework for IMproved Strategies », dans Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.
62. Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.
63. Heaver et Kachondam, 2002.
64. Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.
65. Heaver et Kachondam, 2002.
66. Mason *et al.*, à paraître.
67. Gragnolati *et al.*, à paraître.
68. Diagana *et al.*, 1999.
69. Timmer, Falcon et Pearson, 1983.
70. Banque mondiale, 2001c.
71. Tuck et Lindert, 1996.
72. Banque mondiale, 1989.
73. Leith *et al.*, 2003.
74. Banque mondiale, 1999c.
75. Chhabra et Rokx, 2004.
76. Fiedler, 2003, fournit un guide utile pour l'analyse des coûts des programmes nutritionnels.

Chapitre 4

Le passage à grande échelle

Ce chapitre se concentre sur le défi que constitue le passage à grande échelle dans un plus grand nombre de pays des programmes qui s'attaquent à la dénutrition et à la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments, soit isolément, soit, comme il arrive de plus en plus souvent, dans le cadre de programmes de santé, de développement communautaire ou d'autres initiatives sectorielles ou intersectorielles. Il existe différentes options en termes de choix de politiques, d'arrangements institutionnels et de modes de financement, et il sera utile d'analyser plus en détail quelles options sont les plus appropriées dans quelles circonstances nationales. De nombreux pays ont déjà élargi leurs programmes avec succès et on a tiré des leçons de leurs expériences dans la gestion des programmes de nutrition et l'organisation des services, les approches de coordination avec les partenaires du développement et l'obtention de financement, et dans la recherche de façons de renforcer l'engagement et les capacités. Le principal défi auquel doit faire face la communauté internationale n'est pas tant de savoir comment passer à grande échelle ou quels programmes élargir, mais plutôt comment renforcer l'engagement et les capacités des pays pour y arriver.

Ce chapitre passe en revue les leçons tirées de l'expérience des pays qui ont essayé et réussi, ou échoué, le passage à grande échelle des programmes de nutrition. Il se concentre sur les options qui s'offrent aux décideurs sur le plan de la gestion des programmes de nutrition, l'organisation des services, l'allocation des fonds et la coordination des bailleurs de fonds, et le renforcement de l'engagement et des capacités.

La gestion des programmes de nutrition

La communauté internationale de la nutrition a consacré moins de travaux analytiques aux quatre domaines mentionnés ci-dessus qu'à l'efficacité de différentes interventions nutritionnelles (chapitres 1 et 3), ce qui reflète un préjugé persistant dans la recherche sur la nutrition[1].

La gestion des programmes de nutrition sur le terrain

Parmi les quatre domaines, il n'existe une littérature considérable que sur les façons de bien concevoir et gérer les programmes communautaires de promotion de la croissance sur le terrain[2]. Deux leçons apparentes peuvent être tirées de cette littérature :

- L'implication et, autant que possible, l'autonomisation des communautés sont des éléments cruciaux. Cela signifie qu'il faut non seulement consulter les communautés à propos de la conception des programmes d'éducation à la nutrition et se servir d'agents communautaires pour fournir les services (voir chapitre 3), mais il faut également mobiliser les communautés au moyen de programmes de communication ayant bien été planifiés et leur donner un rôle dans la conception, le suivi et la gestion des services nutritionnels. C'est ce qui a été tenté dans le premier projet communautaire nutritionnel au Sénégal (voir annexe technique 4.1B).
- Les programmes qui réussissent portent aussi une attention spéciale aux détails précis de la conception des systèmes de gestion pour cibler les clients ; à la sélection, la formation et la supervision du personnel, et au suivi des progrès. Les processus de suivi qui poussent les communautés et les agences responsables de la mise en œuvre des programmes à concentrer leur attention sur les résultats sont particulièrement importants. Le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu (TINP) (voir annexe technique 4.1C) et le programme Atención Integral a la Niñez (AIN) (voir annexe technique 4.1D) sont de bons exemples de programmes qui accordent une grande attention aux détails de la conception des systèmes de gestion.

La gestion des programmes de nutrition au niveau national

Le grand nombre de secteurs et d'agences impliqués dans les efforts pour améliorer la nutrition rend la tâche de gestion difficile. Comme la nutrition ne tombe pas naturellement sous la compétence d'un seul ministère sectoriel, des débats et expérimentations prolongés ont eu lieu (voir Levinson, 2002[3] pour une revue de la littérature) pour déterminer son attache institutionnelle. L'expérience a démontré autant ce qui ne fonctionne pas (voir annexe technique 4.1E) que ce qui fonctionne. En pratique, les programmes réussis de nutrition ont été gérés par une grande variété d'agences sectorielles dans différents pays, sous la supervision de divers organismes de coordination ou de gestion : par exemple, au Burkina Faso, l'agence du Comité national de coordination de la politique nutritionnelle ; à Madagascar, celle du bureau du premier ministre ; au Sénégal, celle du bureau du président ; et au Honduras, celle d'un organisme de niveau ministériel chargé de coordonner les projets issus de l'aide étrangère. On peut tirer une série de leçons :

- Il devrait y avoir une division nette des responsabilités parmi les institutions responsables de la mise en œuvre.
- Les organismes de supervision ne devraient pas avoir de responsabilités sur le plan de la mise en œuvre, mais devraient pouvoir influencer l'affectation intersectorielle des ressources de façon à offrir aux agences responsables de la mise en œuvre des incitations au rendement.
- Il est moins important de déterminer à quoi l'organisme de supervision est rattaché que de s'assurer qu'il est appuyé par un solide engagement politique et bureaucratique.

Le programme national de nutrition de la Thaïlande, sans doute celui qui a connu le plus de succès dans le monde, a été géré en tenant compte de ces critères, comme l'explique l'encadré 4.1.

Une autre leçon évidente à tirer de ces expériences est que bien que la supervision et le contrôle soient des éléments importants, on obtient de meilleurs résultats lorsque les parties prenantes consentent à travailler ensemble, que ce soit au sein de programmes impliquant plusieurs agences gouvernementales, de partenariats public-privé comme ceux qui ont été forgés pour l'enrichissement alimentaire, ou de programmes qui réunissent plusieurs partenaires du développement ou bailleurs de fonds.

Encadré 4.1 Comment la Thaïlande a géré son Programme national de nutrition

La Thaïlande ne comptait aucun organisme responsable de la nutrition. La direction générale du Programme national de nutrition était assurée par le Comité national de la nutrition, présidé par le vice-premier ministre et auquel les agences sectorielles impliquées dans le programme avaient un représentant qui y siégeait. Le Comité était appuyé par un secrétariat modeste, dirigé par le sous-secrétaire général du Conseil national de développement économique et social (NESDB, le ministère thaïlandais chargé de la planification). Le Comité a d'abord été localisé au NESDB puis au ministère de la Santé.

Le Programme a été défini dans un plan national sur la santé et la nutrition produit annuellement, dont les fonds étaient contrôlés par le NESDB en tenant compte du rendement des agences sectorielles. Les ministères de la Santé, de l'Intérieur, de l'Agriculture et de l'Éducation ont contribué à l'élaboration de la partie du plan les concernant et au contrôle de la mise en œuvre, ce qui les a motivés à déployer les efforts nécessaires. Les secrétaires permanents des quatre ministères se rencontraient une fois par mois pour coordonner leur travail. Il est donc plus approprié de référer à l'expérience thaïlandaise en parlant d'une série de programmes de nutrition gérés par différentes agences dans différents secteurs, plutôt que d'un seul programme national multisectoriel de nutrition.

Source : Heaver et Kachondam, 2002.

Des progrès sont en cours en ce qui a trait aux techniques visant à renforcer les partenariats (voir le récent manuel d'instruction de Tennyson, 2003).

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Certains domaines clés nécessitent un examen plus approfondi :

- Des études de cas sur les meilleures pratiques dans la façon dont les pays ont géré leur programme multisectoriel de nutrition et mis sur pied des partenariats au niveau de l'administration et sur le terrain, et une recherche active sur les meilleures façons d'organiser et de gérer les partenariats selon les circonstances du pays.
- Des études de cas sur les meilleures pratiques dans les processus de suivi visant à fixer l'attention des décideurs, des responsables de la mise en œuvre et des communautés sur les résultats.

L'organisation des services

Puisque la nutrition ne constitue pas un secteur en soi, mais qu'elle contribue aux activités et aux résultats de nombreux secteurs, les services de nutrition doivent être intégrés dans les programmes sectoriels existants et se développer à partir de la capacité institutionnelle déjà présente. Il est particulièrement important d'utiliser cette capacité existante si l'on vise à élargir les programmes de nutrition en Afrique subsaharienne et dans d'autres environnements où les ressources financières et de gestion sont limitées.

Encourager les partenariats public-privé

Les pays utilisent de plus en plus de ressources institutionnelles autres que celles de l'État. Les programmes d'enrichissement alimentaire ont recours à la capacité institutionnelle du secteur privé commercial pour la production et le marketing, le rôle du gouvernement se limitant à faire des campagnes de sensibilisation, à assurer le suivi et à réglementer. L'Initiative Micronutriments (IM), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale ont obtenu des succès en venant en aide aux gouvernements dans ce domaine, en particulier dans les projets d'iodation du sel. Une nouvelle organisation non gouvernementale internationale, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN), a été créée pour aider à susciter des partenariats dans le domaine de l'enrichissement alimentaire. De même, un nouveau réseau pour une élimination soutenue de la carence en iode est en voie de se mettre en place à partir de l'Initiative Micronutriment – bien qu'il ne soit pas certain qu'une approche qui se concentre sur un seul élément nutritif soit la meilleure façon de traiter ce problème.

L'expérience générée par ces initiatives ne fait que commencer à s'accumuler, et le potentiel de ces partenariats public-privé commence à peine à

être exploité. Il est nécessaire d'identifier dans chaque pays les façons d'amener l'industrie alimentaire à s'impliquer dans la conception et à appuyer la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de nutrition. Cela signifie qu'il faudra forger une alliance multisectorielle dans chaque pays entre l'industrie, le gouvernement national, les agences internationales, les groupes d'experts et les autres intervenants, pour les amener à travailler sur des enjeux spécifiques liés à la technologie, à la transformation et au marketing des aliments, aux normes, aux garanties de qualité, à la certification des produits, aux campagnes de sensibilisation et de création de la demande, et au suivi et à l'évaluation.

En plus de travailler avec le secteur privé commercial, les gouvernements interviennent de plus en plus par des partenariats qui tirent profit de la capacité institutionnelle des ONG sur le plan de la promotion de la croissance ainsi que des programmes de distribution de micronutriments – comme ce fut le cas à Madagascar en 1993, au Sénégal et au Bangladesh en 1995 et plus récemment au Honduras et en Ouganda. Les engagements par contrat avec les ONG présentent un défi de gestion pour les gouvernements. Les ONG doivent être supervisées et il est donc essentiel de développer au sein du gouvernement des processus adéquats de passation des marchés publics, de suivi du rendement et de comptabilité. Les ONG se sont cependant montrées flexibles et plusieurs d'entre elles, surtout celles qui ont un enracinement local, sont très motivées et expertes dans la mobilisation des communautés locales. Et parce qu'elles travaillent sur une base contractuelle, on peut cesser graduellement d'y avoir recours à mesure que les taux de malnutrition diminuent – une voie qu'il est difficile d'emprunter dans le cas des programmes qui dépendent d'employés de l'État sur le terrain.

Replacer la nutrition au cœur des programmes et projets sectoriels

Il faut cependant noter que la plupart des pays ne possèdent pas un réseau solide d'ONG et doivent organiser leurs services de promotion de la croissance au moyen d'agences gouvernementales. L'intégration de ces services dans les programmes existants de santé et de développement de l'enfant est une option logique à considérer. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF ont récemment commandé un examen exhaustif de plus de 700 études pour déterminer quelle combinaison d'interventions aurait le plus grand impact sur la croissance et le développement de l'enfant[4]. Parmi les 12 interventions sélectionnées dans l'examen (voir l'annexe technique 4.2A), 5 étaient dans le domaine de la nutrition et 7 dans celui de la santé et de l'hygiène, ce qui illustre bien pourquoi il est pertinent d'intégrer les interventions nutritionnelles dans les services de santé (la 12e intervention concernait le développement cognitif et social des jeunes enfants). Ces 12 interventions forment maintenant le noyau de

l'initiative Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) sur une base communautaire, dont l'UNICEF et l'OMS se font les promoteurs.

Replacer la nutrition au cœur des services de santé. Des progrès ont été accomplis sur le plan de l'intégration des interventions nutritionnelles dans les services de santé au moyen de diverses initiatives. L'une d'entre elles est le programme PCIME appuyé par l'OMS et l'UNICEF, qui a permis de faire des progrès considérables dans les hôpitaux et les cliniques. L'étape suivante, soit le déploiement de PCIME dans les services communautaires, est au stade de l'essai dans plusieurs pays. Une autre initiative est celle des Actions essentielles en nutrition, développée par USAID et mise en œuvre par les gouvernements et les ONG dans plusieurs pays. Elle établit un cadre permettant de déterminer les points d'entrée et les outils pour intégrer les actions essentielles en nutrition dans les politiques publiques, les systèmes de santé et les programmes communautaires. Dans les projets de Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS), les activités reliées à la nutrition sont intégrées au travail de routine du personnel de la santé (voir annexe technique 4.2B). Les programmes de supplémentation en micronutriments ont aussi réussi à replacer la nutrition au cœur des services de santé.

Replacer la nutrition au cœur des programmes de développement communautaires. L'intégration de la nutrition dans les services de santé n'est toutefois pas la seule option. Une autre approche complémentaire qui n'a été que peu exploitée jusqu'ici est d'intégrer la nutrition dans les programmes de Développement conduit par les communautés (DCC), qui sont dans un processus rapide d'expansion en Afrique et ailleurs[5], au lieu de reproduire les institutions pour mobiliser et donner plus d'autonomie aux communautés dans chaque secteur. Intégrer la nutrition dans les programmes de DCC comporte des risques et des avantages[6], surtout le risque que, en donnant la possibilité aux communautés de choisir leurs propres priorités en matière de développement, elles préfèrent investir dans les infrastructures plutôt que dans la nutrition. L'intégration de la nutrition dans le développement communautaire comporte cependant trois avantages potentiels :

- Les données sur le suivi de la croissance peuvent aider les communautés à définir leurs problèmes et à surveiller les progrès, comme cela a été le cas dans le Projet de réduction de la pauvreté appuyé par la Banque mondiale au Sri Lanka[7]. En Thaïlande, les données sur le suivi de la croissance sont en tête de liste des indicateurs de développement communautaire affichés dans tous les villages (voir annexe technique 4.1F).
- Les données sur le suivi de la croissance peuvent permettre aux interventions des programmes de DCC dans différents secteurs de mieux cibler les familles qui pourront en profiter le plus.

- Les programmes de DCC qui financent des investissements en agriculture, dans la création de revenu, les questions de genre et la protection sociale peuvent contribuer à intégrer et à équilibrer les approches courtes et les approches longues pour améliorer la nutrition sur le plan local. Un processus pratique pour atteindre cet objectif a été développé en Tanzanie dans les années 1980 (voir encadré 4.2).

Les domaines où il faudrait en savoir plus

- Les traditions culturelles qui favorisent le service communautaire varient d'un endroit à l'autre, tout comme le temps et l'énergie dont les femmes disposent. Où peut-on s'attendre à ce que des agents communautaires rémunérés soient plus efficaces que des bénévoles ?
- Que peut-on faire pour susciter et renforcer la confiance des gouvernements envers les communautés et les ONG, de façon à ce qu'ils leur accordent plus de responsabilités pour déterminer et s'attaquer eux-mêmes à leurs problèmes de développement, avec un appui externe uniquement dans des cas précis ?
- Bien qu'il existe un potentiel d'améliorer la nutrition au moyen de programmes de développement de la petite enfance, on a obtenu des résultats mitigés en s'en servant pour fournir des services nutritionnels[8]. Comment pourrait-on concevoir ces programmes de façon à obtenir le maximum d'effet sur la nutrition ?

Encadré 4.2 Évaluation, analyse et intervention : le processus « Triple A »

Le processus Triple A a été développé dans le district d'Iringa en Tanzanie et par la suite reproduit dans plusieurs autres districts avec l'aide de l'UNICEF. Les agents communautaires se sont servis des données de suivi sur la croissance des enfants pour évaluer la situation nutritionnelle, identifier les familles qui vivaient une réelle situation de malnutrition et celles où un enfant présentait une croissance chancelante et où il fallait prévenir une situation de malnutrition. Ils ont ensuite discuté avec les familles pour tenter de comprendre les causes possibles : mauvaise santé, mauvaises pratiques en matière de soins des enfants, insécurité alimentaire, ou une combinaison de ces facteurs. En collaboration avec les familles et les organisations gouvernementales locales, ils ont élaboré un plan d'action adapté à la situation pour aider les familles. Selon la cause de la malnutrition, l'intervention pouvait consister en une session de counseling, une consultation chez un médecin, ou une participation à des programmes de création de revenu, de microcrédit ou de protection sociale dans le but d'améliorer la sécurité alimentaire.

Source : UNICEF, 1990.

Les sources de fonds et la coordination des bailleurs de fonds

De nombreux pays qui connaissent de sérieux problèmes de dénutrition ont besoin d'une aide externe afin qu'ils puissent élargir leurs services nutritionnels. La durabilité et l'institutionnalisation de leurs interventions en matière de nutrition dépendent de façon cruciale du choix d'un mode de financement et d'une approche pour les financer.

Projets

Les projets traditionnels sont des bancs d'essai idéals pour tester les stratégies de fourniture des services avant de les mettre en pratique à grande échelle. Ils s'avèrent également bien adaptés à la capacité de développement de chaque pays – surtout, d'après l'expérience de la Banque mondiale, lorsque l'amélioration de la nutrition est le principal objectif d'un projet important, comme cela a été le cas dans des projets financés par la Banque au Bangladesh, au Honduras, à Madagascar, au Sénégal et au Tamil Nadu[9]. Parmi leurs avantages, on dénote que : suffisamment d'argent a été dépensé pour avoir un impact réel ; des ressources techniques suffisantes ont pu être consacrées au développement de systèmes efficaces et à l'apprentissage par l'action ; et les gestionnaires étaient fortement incités à se concentrer sur les résultats en matière de nutrition parce que ces derniers constituaient le principal objectif du projet. Il est donc probable que des projets à grande échelle mettant l'accent sur le renforcement des capacités continueront à jouer un rôle.

On constate toutefois que plusieurs pays mettent en œuvre un grand nombre de projets de nutrition à grande échelle en suivant souvent des stratégies d'intervention différentes, sans évaluation adéquate, et qui se chevauchent dans certaines régions alors qu'ils laissent d'autres régions complètement à l'écart. Ils servent mal les communautés et laissent les gouvernements dans l'ombre quant aux stratégies les plus efficaces. Des capacités de gestion peu abondantes au sein du gouvernement sont ainsi gaspillées dans l'administration de nombreuses interventions à petite échelle et la nécessité de satisfaire aux diverses exigences des donateurs en matière de passation des marchés et de production de rapports. Le grand nombre de projets à petite échelle sous l'égide de donateurs distincts encourage par ailleurs une division des loyautés, ce qui rend difficile l'engagement du gouvernement et de la société civile envers un projet national pour combattre la malnutrition. Ces désavantages considérables permettent de conclure que les approches caractérisées par des projets à petite échelle font partie du problème plutôt que de la solution et devraient faire place à d'autres approches et à un financement à grande échelle.

Les approches programmatiques sectorielles

Certains pays ont accompli des progrès dans le développement de stratégies nutritionnelles nationales en se fondant sur des efforts de coordination volontaires. À Madagascar par exemple, un groupe de coordination des interventions volontaires dans le domaine de la nutrition rassemble plus de 70 agences[10], ce qui réduit les chevauchements entre les projets et permet d'harmoniser les messages envoyés aux communautés sur les questions de nutrition. D'autres gouvernements – l'Inde est un cas exemplaire – exerce un contrôle plus serré et imposent un seul modèle pour les programmes communautaires de nutrition. Dans le modèle indien cependant, les synergies potentielles entre, d'une part, les programmes qui visent la santé reproductive et celle des enfants et les programmes de distribution de micronutriments (qui sont gérés par le ministère de la Santé) et, d'autre part, le programme de nutrition (Programme intégré de services au développement de l'enfance, géré par le ministère du Bien-être social) n'ont pas été optimisées. Une troisième option à laquelle on a de plus en plus recours consiste à remplacer les projets traditionnels à petite échelle et limités dans le temps par le financement d'un programme national par les gouvernements et les partenaires du développement.

Ce type d'approche sectorielle (SWAp) est maintenant adopté au Bangladesh (voir encadré 4.3). Cela devrait faciliter le maintien et l'élargissement du programme de nutrition – et permettre d'éviter ce qui est survenu en Tanzanie, où le projet Iringa (voir encadré 4.2) s'est finalement effondré après un début prometteur parce qu'il ne bénéficiait de l'appui d'aucune agence commanditaire et que son financement n'a jamais été intégré au budget régulier du gouvernement[11].

Les programmes sectoriels connaissent le plus de succès lorsque les gouvernements ont testé leurs stratégies d'intervention et développé des capacités dans la passation des marchés publics, la gestion financière, le suivi et l'évaluation – ce qui explique pourquoi les projets traditionnels de renforcement des capacités restent pertinents dans plusieurs pays. Un suivi approprié joue un rôle particulièrement important dans la réussite des programmes sectoriels parce que plusieurs d'entre eux lient l'allocation des fonds aux résultats et à l'atteinte des cibles. Ce lien entre les débours et le rendement incite fortement les gestionnaires et les travailleurs à réussir – mais uniquement si on a confiance dans la capacité du système de suivi de bien refléter la réalité, et si celui-ci fournit des résultats qui sont réutilisés dans les processus budgétaire et de planification en temps opportun.

Des programmes qui touchent plusieurs secteurs

Le financement du développement est également en train de se déplacer des projets sectoriels traditionnels vers les programmes multisectoriels.

Encadré 4.3 L'institutionnalisation de la nutrition au Bangladesh : du projet au programme

Le premier investissement majeur dans la nutrition au Bangladesh a été le Projet de nutrition intégré du Bangladesh (BINP), un projet traditionnel financé par un crédit de 65 millions de dollars de la Banque mondiale, qui a permis d'élargir une intervention nutritionnelle communautaire dirigée par le Comité pour l'avancement rural du Bangladesh (BRAC), une importante ONG locale. Le projet s'est concentré sur l'amélioration des connaissances des mères et des pratiques en matière de soins et d'alimentation des enfants, considérées comme des causes majeures de dénutrition. L'investissement initial (1995-2000) a été suivi par un autre investissement de 92 millions de dollars par l'entremise du Programme national de nutrition (2002-2006). Le financement pour élargir cette intervention nutritionnelle communautaire a récemment été intégré au Programme national pour les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population du Bangladesh (HNPSP) qui appuiera le Plan d'investissement du gouvernement dans le secteur de la santé, ce dernier incluant les questions de nutrition (2005-2010). Le HNPSP est financé par le gouvernement du Bangladesh avec l'appui de 13 partenaires du développement, dont 8 apporteront une contribution de 760 millions de dollars à un fonds commun au gouvernement du Bangladesh fourni par la Banque mondiale (l'Agence canadienne de développement international [ACDI], le Secrétariat d'État au développement international du Royaume-Uni [DFID], la Commission européenne [CE], la Banque allemande de développement [KfW], les Pays-Bas, l'Agence suédoise de développement international [SIDA], le Fonds des Nations Unies pour la population [UNFPA], et la Banque mondiale, collectivement désignés comme les « partenaires du développement associés dans le fonds commun »). L'approche sectorielle aura recours à des procédures communes de passation des marchés publics et de déboursement et à un système commun de suivi et d'évaluation, ce qui réduira les coûts d'opération pour le gouvernement. D'autres partenaires du développement présents au Bangladesh (incluant l'UNICEF, USAID, l'OMS, l'Agence allemande pour l'assistance technique [GTZ] et l'Agence japonaise de coopération internationale [JICA], qui sont les « partenaires du développement non associés dans le fonds commun ») financeront également le plan d'investissement, quoique par l'entremise de mécanismes parallèles. Les projets de nutrition seront donc dorénavant financés et gérés dans le cadre d'un programme gouvernemental durable plutôt que comme projets ayant une durée de vie limitée. On mettra plus clairement l'accent sur l'obtention de résultats : les déboursements seront liés au rendement, et une bon rendement sera récompensé par des fonds additionnels des bailleurs de fonds associés dans le fonds commun. De plus, la nutrition est considérée comme l'un des six piliers des Documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP) du Bangladesh, ce qui a pour effet d'institutionnaliser encore davantage les questions de nutrition dans le plan de développement du pays.

Source : Pelletier, Shekar et Du (à paraître) ; communications avec le personnel de la Banque mondiale.

Plus de 50 pays pauvres ont élaboré des PRSP et établi des priorités financées par des Crédits d'appui à la stratégie de lutte contre la pauvreté (PRSC) sur une base multisectorielle. Un récent examen[12] des PRSP dans 40 pays qui connaissent de graves problèmes de malnutrition conclut que bien que la plupart des PRSP mentionnent les enjeux nutritionnels, ils intègrent rarement la nutrition de façon concrète dans leur stratégie. On réfère souvent à la malnutrition[13] dans les définitions de la pauvreté et le thème de la nutrition fait partie des analyses de la pauvreté. Vingt-huit pays utilisent au moins un indicateur nutritionnel[14] pour mesurer la pauvreté non monétaire ; les indicateurs de carence en macronutriments tels que l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation sont les plus communément utilisés (bien que les termes techniques employés ne soient pas toujours clairs). Six pays utilisent également l'indice de pauvreté humaine du Programme des Nations Unies pour le développement, qui inclut la proportion d'enfants qui présentent une insuffisance pondérale comme indicateur de dénuement par rapport à un niveau de vie décent. Cependant, seulement quelques-uns de ces pays poursuivent la démarche par des actions appropriées. Par exemple :

- Alors que plus de 70 % des PRSP considèrent la nutrition comme un problème de développement, seulement 35 % allouent des ressources budgétaires à des interventions nutritionnelles spécifiques. Cela laisse croire que la nutrition peut bien s'intégrer dans une initiative politique multisectorielle telle que les PRSP ; à cause d'un engagement restreint et d'une capacité limitée de planifier et de mettre en œuvre des interventions nutritionnelles, le financement est toutefois rarement disponible.
- Plusieurs PRSP suggèrent des interventions nutritionnelles spécifiques, mais elles ne correspondent souvent pas au type de problème de malnutrition auquel on doit faire face. Tel qu'il est mentionné dans le chapitre 3, 40 % des 38 pays ont un problème de carence en micronutriments, mais leurs PRSP ne mentionnent aucune activité pour y remédier. Par contraste, la plupart des pays proposent des interventions additionnelles pour accroître la production alimentaire même si la nourriture ne constitue pas nécessairement le facteur limitant l'amélioration des conditions nutritionnelles dans ces pays.
- Les interventions nutritionnelles sont rarement priorisées et échelonnées sur la base d'une analyse des capacités institutionnelles et financières, et on compare rarement leur importance à celle d'autres besoins de développement. Les pays qui ont des budgets limités à consacrer au développement se sont jusqu'ici rarement servis de leur PRSP pour confronter la réalité, car faire plus pour la nutrition pourrait signifier qu'on doit faire moins dans d'autres domaines moins prioritaires.

Les PRSC sont en voie d'émerger, au même titre que les programmes sectoriels et les programmes DCC, comme une approche dominante pour

susciter le développement dans les pays plus petits et plus pauvres, où les capacités de gestion limitées font en sorte de rendre plus pertinent un financement du développement par l'entremise d'un plus petit nombre d'interventions sectorielles ou multisectorielles. Des pays tels que l'Honduras, le Madagascar et la Mauritanie relèvent le défi d'intégrer la nutrition dans ces programmes, et font passer à grande échelle les interventions nutritionnelles fructueuses en délaissant les projets traditionnels au profit d'un financement par un appui budgétaire ou par des PRSC. Ces expériences sont trop récentes pour avoir été évaluées ; un processus d'évaluation doit toutefois être mis en place dès que possible pour que les leçons à en tirer puissent servir dans un avenir rapproché.

Les premières expériences laissent croire que les PRSC pourraient offrir une façon prometteuse de généraliser les interventions nutritionnelles multisectorielles dans les pays qui ont déjà investi substantiellement dans la nutrition et où les capacités ont été développées par des programmes d'investissement à grande échelle. Ils pourraient être moins utiles là où l'engagement des gouvernements et les capacités d'intervenir dans les questions nutritionnelles sont faibles. Le dilemme qui se présente est que bien que ces pays n'aient pas les capacités de mettre en œuvre un grand nombre de projets individuels et qu'ils doivent se tourner vers des solutions de rechange multisectorielles, donner une petite place à la nutrition dans un programme multisectoriel pourrait équivaloir à l'ignorer. Dans ces cas, où l'engagement et les capacités d'intervenir dans le domaine de la nutrition sont faibles mais où la nutrition pourrait tout de même avoir été incluse dans les PRSP/PRSC, plusieurs options doivent être systématiquement explorées et décrites en détail :

- Envisager une approche graduelle, débutant par un projet d'investissement standard ou des projets dans le domaine de la nutrition pour accroître les capacités, et se terminant par l'intégration dans un PRSC.
- S'assurer que les interventions nutritionnelles obtiennent une attention appropriée dans les PRSC en leur fournissant des objectifs clairs et des indicateurs de progrès, et en incorporant des processus pour le suivi des progrès par diverses parties prenantes – politiciens, ministères, clients des programmes et médias.
- Compléter la composante nutritionnelle d'un tel PRSC avec un projet additionnel d'assistance technique pour renforcer les capacités sur le plan de la nutrition.

Les domaines où il faut en savoir plus

Des travaux additionnels sont nécessaires pour mieux connaître l'expérience des pays dans les domaines suivants :

- Comment mieux intégrer la nutrition dans la santé et d'autres programmes sectoriels ainsi que dans les PRSP, les PRSC, les SWAp, et

Encadré 4.4 Une démarche en cinq étapes pour intégrer la nutrition dans les PRSP

Étape 1

Déterminer si le pays a un problème de nutrition suffisamment important pour constituer un problème de santé publique (voir annexe 1 ou annexe technique 5.6 pour une liste de pays) :

- Si oui, il existe de bonnes raisons d'inclure la nutrition dans le PRSP.
- Si oui, développer une argumentation pour privilégier la nutrition par rapport à d'autres secteurs dans le PRSP du pays.
- Si non, privilégier d'autres secteurs et voir si et comment les questions de nutrition peuvent s'y intégrer.

Étape 2

Si les questions de nutrition sont importantes :

- Examiner l'ampleur et la nature du problème de nutrition (voir annexe 1 pour des informations élémentaires).
- En utilisant les niveaux de malnutrition estimés à l'annexe 1, calculer les pertes de productivité estimées attribuables à la malnutrition (aussi bien l'insuffisance que la surcharge pondérales) et analyser les coûts et les bénéfices de s'attaquer à la malnutrition[a].

Étape 3

Déterminer les (possibles) causes de la malnutrition :

- Cette information pourrait être disponible dans le pays.
- Si ce n'est pas le cas, commander une analyse – les données des enquêtes démographiques sur les ménages sont habituellement une bonne source pour ces analyses ; vérifier également l'existence d'autres données telles que les enquêtes par grappes à indicateurs multiples et les enquêtes sur le niveau de qualité de vie[a].

Étape 4

Mettre sur pied des groupes de travail pour :

- Déterminer les objectifs appropriés sur le plan de la nutrition dans le pays[a].
- Sélectionner les stratégies et les actions qui correspondent à l'ampleur et à la nature du problème de nutrition[a].
- Privilégier les actions suggérées de façon à ce qu'elles soient conformes à la situation épidémiologique et aux capacités du pays.
- Mettre en place les arrangements institutionnels appropriés pour appuyer la mise en œuvre des activités en matière de nutrition dans tous les secteurs[a].
- Déterminer les dispositions sur le plan du suivi et de l'évaluation et les plans de développement des capacités[a].

(suite à la page suivante)

Encadré 4.4 *(suite)*

Étape 5

Allouer des fonds en quantité raisonnable et les renouveler par l'entremise de PRSC subséquents :

- Appuyer la mise en œuvre.
- Renforcer les capacités et la mise en œuvre au moyen d'une approche fondée sur l'apprentissage par l'action.

Source : Extraits de Shekar et Lee, 2005.

a. Ces étapes peuvent être intégrées au processus de mise en œuvre des PRSP / PRSC ; il peut toutefois être utile de les étayer dans le PRSP.

d'autres approches de financement et de coordination, tout en accordant une attention suffisante aux détails de la communication pour le changement de comportement, de la gestion et de la responsabilisation qui sont essentielles au succès des interventions nutritionnelles.

- Comment tester et évaluer le mieux possible les nouvelles stratégies et développer les capacités de gestion dans les pays où le financement du développement est passé de l'approche centrée sur les projets à celle qui met l'accent sur les programmes.
- Une question connexe (traitée dans le chapitre 3) est celle qui a trait à l'exploration des occasions d'élargissement des interventions nutritionnelles par les Projets multinationaux de lutte contre le sida (MAPs) et autres initiatives de lutte contre le sida à grande échelle telles que le Plan d'urgence du président pour l'aide aux victimes du sida (PEPFAR).

Renforcer l'engagement et les capacités

Si les interventions correspondant aux approches courtes ont des ratios bénéfices-coûts très élevés et que plusieurs d'entre elles sont très abordables (voir chapitre 1), comment expliquer que la plupart des pays n'aient pas réussi à les faire passer à grande échelle – et pourquoi la plupart des agences d'aide au développement y consacrent-elles si peu de ressources ? Les principaux obstacles semblent être l'engagement et les capacités limités. L'engagement est la contrainte la plus fondamentale puisqu'une condition préalable au développement des capacités est de s'engager à le faire.

Renforcer l'engagement

L'engagement d'un pays à s'attaquer à la malnutrition peut être faible pour un certain nombre de raisons (voir encadré 4.5). Une récente étude[15] suggère des façons d'évaluer l'engagement et passe en revue les moyens qu'ont

utilisés certains pays ayant de bons programmes nutritionnels pour les élargir. Un ou plusieurs champions de la nutrition – des personnes qui ont l'oreille des décideurs et qui sont capables de défendre une cause en apportant des données et des preuves – ont forgé des partenariats entre des individus et des institutions pouvant influencer les politiciens et les agences responsables de la mise en œuvre des programmes pour les amener à accroître les budgets des programmes de nutrition. Ils l'ont fait en convainquant d'autres personnes qu'il était essentiel d'améliorer la nutrition s'ils voulaient atteindre leurs propres objectifs – qu'il s'agisse de stabilité politique, de sécurité nationale, de développement de l'éducation, de l'industrie ou de l'agriculture, ou encore de la compétitivité sur le plan international.

Il est essentiel de communiquer son message efficacement pour renforcer l'engagement. Au Bangladesh, une analyse dans le cadre du

Encadré 4.5 Dix raisons expliquant le faible engagement envers les programmes de nutrition

- Les familles et les communautés mal nourries ne perçoivent habituellement pas la malnutrition.
- Les familles et les gouvernements ne reconnaissent pas les coûts humains et économiques de la malnutrition.
- Les gouvernements peuvent ne pas savoir qu'il existe des interventions visant à combattre la malnutrition plus rapides que la croissance économique et la réduction de la pauvreté, ou que les programmes nutritionnels sont abordables.
- La présence de nombreuses parties prenantes sur le plan organisationnel dans le domaine de la nutrition fait en sorte qu'il peut être difficile de coordonner les interventions.
- Il n'existe pas toujours de consensus sur les façons d'intervenir dans le domaine de la nutrition.
- On considère rarement une nutrition adéquate comme un droit humain.
- Les personnes mal nourries ne sont pas écoutées.
- Certains politiciens et gestionnaires ne se préoccupent pas vraiment de la bonne mise en œuvre des programmes.
- Les gouvernements prétendent souvent qu'ils investissent dans l'amélioration de la nutrition alors que les programmes qu'ils financent n'ont que peu d'impact dans ce domaine (par exemple les programmes d'alimentation scolaires).
- On observe un cercle vicieux : le manque d'engagement envers la lutte contre la malnutrition mène à un sous-investissement dans la nutrition, ce qui renforce le manque d'engagement puisque les gouvernements croient alors que les programmes de nutrition ne fonctionnent pas.

Source : Résumé tiré de Heaver, 2005b.

programme PROFILES (voir le processus de sensibilisation à la nutrition de l'Académie pour le développement éducationnel [AED], encadré 4.6) a contribué à convaincre les décideurs financiers de l'importance d'investir dans la nutrition. Un film réalisé dans le cadre d'un projet pilote, montrant des enfants souffrant de malnutrition et des villageoises gérant un programme efficace de promotion de la croissance à leur intention, a suscité l'adhésion de politiciens importants. En Ouganda, des politiciens ont fait la promotion du projet de Développement et nutrition de la petite enfance par la création à cette fin d'un comité de sensibilisation parlementaire, et on leur a donné une formation sur les meilleures façons d'intéresser les médias au projet[16]. Ces expériences montrent combien il est important d'employer différentes stratégies de communication pour obtenir l'appui de différentes parties prenantes.

Le renforcement de l'engagement nécessite toutefois plus qu'une bonne stratégie de communication, comme le démontrent l'expérience de la Thaïlande dans le développement de son programme de nutrition communautaire (voir l'annexe technique 4.1G) et celle de la Chine dans le développement de son programme d'enrichissement du sel (voir l'annexe technique 4.1H). Sont également importants, à divers degrés selon les conditions du pays, la création d'appuis au sein de la fonction publique et de la société civile, de même que dans le monde des affaires lorsque c'est pertinent ; les mécanismes de gestion qui fournissent des incitations aux responsables de la mise en œuvre ; le choix approprié de sources de financement ; un suivi efficace du rendement ; un environnement politique susceptible de mener à des réformes ; des cadres législatif et réglementaire solides ; et l'appui de partenaires du développement de l'extérieur du pays qui collaborent dans un même but. Les efforts visant à susciter un appui envers les objectifs nutritionnels au sein de la société civile sont particulièrement critiques. Les succès obtenus par la Thaïlande dans ses efforts de mobilisation de la société civile aident à expliquer comment le pays a pu soutenir un engagement envers son programme de nutrition pendant plus de 25 ans. Par contraste, au Bangladesh, au Tamil Nadu et en Tanzanie, l'opinion publique ne s'est pas beaucoup manifestée pour appuyer le maintien de programmes ayant connu des débuts prometteurs lorsque l'engagement du gouvernement ou d'un partenaire du développement a faibli.

Renforcer les capacités

La littérature concernant le renforcement des capacités de gestion et de mise en œuvre dans le domaine de la nutrition est limitée[17]. Cette section se penche sur deux thèmes seulement parmi les nombreux qui devraient faire l'objet de plus d'attention dans ce domaine – l'utilité de distinguer les capacités qui peuvent être développées lors de la mise en œuvre des capacités qui doivent être développées avant l'élargissement des

Encadré 4.6 PROFILES

PROFILES est un programme informatisé qui sert à calculer les bénéfices qui découlent d'une amélioration de la nutrition en termes de réduction de la mortalité et des maladies, d'augmentation de la productivité et des salaires, et de diminution des dépenses dans les programmes sociaux. Les décideurs financiers apprécient particulièrement les possibilités de simulation qu'offre le programme, qui leur permet de connaître instantanément les effets sur l'économie de l'atteinte de différents niveaux d'amélioration de la nutrition.

PROFILES procède à une estimation des conséquences les plus éloignées de la malnutrition, évalue les bénéfices à court et à long terme de la lutte contre les carences nutritionnelles et contribue à communiquer ces résultats aux décideurs. Au cours des dix dernières années, PROFILES a été utilisé dans 25 pays (le Bangladesh, l'Éthiopie, le Ghana, le Guatemala, l'Inde, la Russie et Gaza, pour n'en nommer que quelques-uns) et une récente évaluation du programme a montré qu'il s'avère un outil efficace pour :

- sensibiliser les gens à l'importance de la nutrition, susciter des coalitions à l'appui des interventions nutritionnelles, et forger un consensus sur la nécessité de faire de la nutrition une priorité ;
- renforcer les capacités et développer les habiletés de leadership de ceux qui plaident en faveur des interventions nutritionnelles ;
- promouvoir des stratégies en matière de nutrition plus exhaustives, obtenir de nouvelles ressources consacrées à la nutrition, et mieux cibler les ressources existantes.

Au Ghana, par exemple, une équipe de professionnels de la nutrition et de la santé provenant de différents ministères, universités et ONG s'est servie de PROFILES pour estimer que 5 500 enfants décédaient chaque année à cause de pratiques d'allaitement maternel sous-optimales. L'utilisation de PROFILES, en sus d'autres initiatives, a aidé les partisans de la nutrition à s'attaquer aux mauvaises pratiques en matière d'alimentation des nourrissons et a permis d'amener le gouvernement à inclure les programmes d'allaitement maternel et de nutrition parmi ses cinq priorités dans le domaine de la survie des enfants, ainsi que d'en faire la priorité ultime de la stratégie pour la santé « Vision 2020 pour le Ghana ». Pour plus de détails, voir www.aedprofiles.org.

Source : Extraits de AED, 2003.

programmes, et la nécessité de porter une plus grande attention aux enjeux de gouvernance dans le cadre du renforcement des capacités.

Quand et comment développer des capacités. La plupart des pays qui mettent en place des programmes de nutrition réussis n'attendent pas de développer des capacités avant de passer à grande échelle. Après de courts essais visant à développer des stratégies efficaces (une année dans le cas du Bangladesh et du Tamil Nadu), ils entreprennent rapidement de les élargir.

La Thaïlande a mobilisé un demi-million de bénévoles en quelques années seulement. Les champions de la nutrition savaient qu'ils devaient agir rapidement pour tirer avantage de l'engagement sur le plan politique – une nécessité qui doit être contrebalancée par les risques d'une expansion trop rapide, celle-ci pouvant remettre en question le financement et l'engagement si le programme ne réussit pas à livrer la marchandise.

En gardant en tête ce compromis inévitable, Matta, Ashkenas et Rischard (2000) ont développé une approche surnommée « renforcer les capacités par l'obtention de résultats », dans laquelle le développement systématique des capacités fait partie du processus de mise en œuvre. La mise en œuvre du programme est divisée en étapes ; on procède à une analyse pour déterminer quelles capacités, et quelle personne, doivent être développées dans le but d'atteindre la prochaine étape ; et les activités liées au développement des capacités se limitent à celles qui sont nécessaires pour atteindre la prochaine étape. Cette approche implique que le développement des capacités s'adapte automatiquement aux besoins opérationnels, et que les gestionnaires sont incités à y porter une attention puisque chaque activité de renforcement des capacités entraîne un résultat supérieur immédiat et tangible – au contraire des activités traditionnelles de développement institutionnel, qui n'ont souvent aucun lien avec les opérations et qui se retrouvent au bas de l'échelle des priorités[18].

On peut utiliser systématiquement cette approche pour renforcer les capacités dans les domaines de la mobilisation communautaire, de la formation sur le terrain et de la supervision durant la mise en œuvre des programmes. Cependant, il est nécessaire de posséder un petit nombre de capacités clés avant de commencer à élargir les programmes. En plus du renforcement des capacités sur le plan de la passation des marchés publics et de la gestion financière (qui sont aujourd'hui systématiquement incluses), il est essentiel d'accorder une attention directe aux capacités permettant :

- de communiquer efficacement, ce qui est d'une importance critique pour renforcer l'engagement des partenaires du développement, des gouvernements et de la société civile envers les enjeux nutritionnels, une condition préalable à l'accroissement des investissements ;
- d'analyser la rentabilité relative des programmes de nutrition et des approches en matière de prestation de services, ce qui est essentiel pour garantir que les bonnes décisions seront prises en ce qui a trait aux investissements ;
- de mener des études de qualité sur les conditions de départ de façon à ce que les pays puissent porter un jugement plus tard sur la rentabilité des investissements encourus.

La nécessité d'accorder plus d'attention aux enjeux entourant la gouvernance et la corruption. Un examen des interventions sur le plan du

développement institutionnel dans un échantillon de projets en matière de santé et de nutrition appuyés par la Banque mondiale en Afrique[19] a révélé que ceux-ci ne portaient attention qu'à trois ou quatre des dix types d'interventions possibles : ajouter du personnel et des intrants physiques et financiers ; fournir une formation et une assistance technique ; introduire de nouvelles technologies ; et changer les mécanismes de coordination. La pénurie de ressources humaines suffisamment formées, surtout en Afrique subsaharienne, signifie que les interventions traditionnelles centrées sur la formation et visant le développement des capacités continueront d'être importantes. Les problèmes de gouvernance déficiente et de corruption resteront cependant incontournables en Afrique et en Asie du Sud, où les cas de malnutrition sont concentrés[20].

Dans le but de s'attaquer à ces questions, les gouvernements et les partenaires du développement pourraient devoir se concentrer sur les six autres interventions visant le développement des capacités qui sont, selon cette étude, moins souvent utilisées :

- Accroître l'influence de certains participants dans la planification et la mise en œuvre.
- Modifier la contribution respective des secteurs public et privé dans la prestation des services.
- Réformer certains systèmes organisationnels spécifiques.
- Changer ou faire respecter les lois, règles et règlements.
- Modifier les attitudes, les valeurs, les cultures organisationnelles ou les incitations et désincitations.
- Fournir de l'information et accroître la responsabilité.

Des travaux récents sur l'éducation en Afrique attirent l'attention sur les rendements élevés qui découlent d'une amélioration dans la gouvernance des services sociaux dans les pays où la corruption est institutionnalisée[21].

Les domaines où il faudrait en savoir plus

Les besoins prioritaires sont les suivants :

- Développer des méthodes pratiques pour évaluer et renforcer l'engagement et les capacités institutionnelles.
- Réaliser des études de cas sur les tentatives réussies d'évaluer et de renforcer l'engagement et les capacités et de s'attaquer aux problèmes de gouvernance déficiente et de corruption.

Notes

1. Berg, 1992.
2. Jennings *et al.*, 1991 ; Gillespie, Mason et Martorell, 1996 ; ACC/SCN, 1997 ; Jonsson, 1997 ; Hunt et Quibria, 1999 ; Tontsirin et Gillespie, 1999 ; Allen et Gillespie, 2001 ; Heaver, 2002.
3. On trouve un résumé de cette étude dans Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.

4. Hill, Kirkwood et Edmond, 2004.
5. Gillespie, 2004.
6. Heaver, 2003b.
7. Banque mondiale, 1998 ; Ranatunga, 2000.
8. Heaver, 2005a.
9. Heaver, 2005a.
10. Rokx, 2000.
11. Dolan et Levinson, 2000 ; un résumé de cet article est présenté dans Gillespie, McLachlan et Shrimpton, 2003.
12. Shekar et Lee, 2005.
13. Le terme explicite « malnutrition » et ses indicateurs que sont le retard de croissance et l'insuffisance pondérale ne sont pas les seuls termes utilisés pour définir la pauvreté ; on utilise également des notions plus implicites telles que « insécurité alimentaire », « manque d'aliments » et « faim ».
14. L'un des indicateurs de pauvreté monétaire les plus communément utilisés, le pourcentage de pauvres sur le plan alimentaire, correspond à la proportion de ménages dont les dépenses annuelles per capita ne suffisent pas à acheter un panier de produits alimentaires qui garantissent un apport énergétique minimal.
15. Heaver, 2005b.
16. Elmendorf *et al.*, 2005.
17. Un cadre conceptuel provisoire pour évaluer et renforcer les capacités dans le domaine de la nutrition est présenté dans Gillespie, 2001 ; pour une analyse des enjeux entourant la gestion et le développement des capacités dans le domaine de la nutrition, voir Heaver, 2002.
18. Johnston et Stout, 1999.
19. Orbach et Nkojo, 1999.
20. Par exemple, à différents moments et endroits, des programmes de nutrition appuyés par la Banque mondiale ont été perturbés par des tentatives de la part des gestionnaires de programmes d'utiliser leur influence politique pour engager des ONG et des agents communautaires qui ne satisfont pas aux critères de recrutement ; pour demander des pots-de-vin en échange de contrats, d'embauches ou d'un traitement immédiat de factures de dépenses ; pour arranger les prix des soumissions pour des aliments ou des médicaments additionnels ; et pour fournir des balances ou des aliments de mauvaise qualité, permettant ainsi aux fournisseurs de financer les pots-de-vin avec les profits excessifs réalisés.
21. Reinikka et Svensson, 2004.

Chapitre 5

Les prochaines étapes pour accélérer les progrès

Le chapitre 1 a énoncé les circonstances qui exigent un investissement dans la nutrition. Le chapitre 2 a expliqué en détail l'ampleur énorme et la portée très large du problème de nutrition (autant l'insuffisance que la surcharge pondérales) à l'échelle mondiale, régionale et nationale de façon à renforcer encore plus les arguments en faveur d'un investissement dans la nutrition. Le chapitre 3 a présenté dans les grandes lignes les meilleures façons de s'attaquer à la malnutrition. Le chapitre 4 s'est concentré sur les défis qu'entraîne le passage à grande échelle des programmes qui s'attaquent à la dénutrition et à la malnutrition attribuable aux carences en micronutriments dans plus de pays, en y intégrant les initiatives de plus en plus courantes sur le plan du VIH/sida, tout en commençant à se pencher sur les questions de surpoids et de maladies non transmissibles (MNT) liées aux habitudes alimentaires lorsque cela est pertinent.

Ce chapitre met de l'avant l'idée que, pour accélérer les progrès sur le front de la nutrition, les partenaires du développement, en collaboration avec les pays en développement, doivent s'entendre sur un programme commun et l'appuyer par une série d'interventions coordonnées et concentrées dans deux domaines :

- *Élargir les interventions en relevant trois défis opérationnels clés : replacer les interventions à l'avant-plan des stratégies et approches nationales ; réorienter les programmes à grande échelle existants pour maximiser leurs effets ; et renforcer l'engagement et les capacités à l'échelle mondiale et nationale pour améliorer les investissements dans la nutrition.*
- *Appuyer de façon coordonnée une série de priorités pour la recherche active et l'apprentissage par l'action dans les façons de replacer la nutrition au cœur des programmes de développement, renforcer et ajuster les mécanismes de prestation des services et consolider les preuves de l'importance d'investir dans la nutrition.*

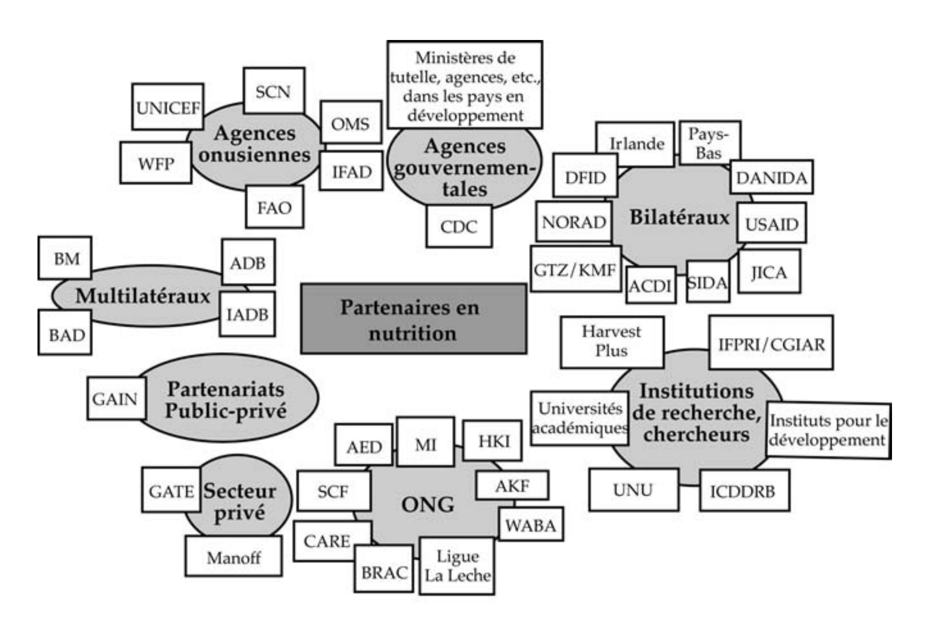
Sans action coordonnée et concentrée vers un but précis de ce type de la part des partenaires du développement et des pays en développement, on ne peut s'attendre à aucun progrès significatif dans le domaine de la nutrition, et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) continueront d'être mis en péril dans les pays et au sein des populations qui en ont le plus besoin.

Unir les partenaires du développement autour d'un programme commun d'action en faveur de la nutrition

Les partenaires du développement qui appuient l'amélioration de la nutrition

Les principaux partenaires du développement qui appuient l'amélioration de la nutrition aux niveaux mondial et national sont présentés dans la figure 5.1. La plupart d'entre eux se concentrent sur la sécurité alimentaire, l'agriculture et le développement rural, et dans une moindre mesure sur la lutte contre le VIH/sida et sur la nutrition dans le cadre des services de santé aux mères et aux enfants (les annexes techniques 5.1 et 5.2 présentent les grandes lignes des domaines sur lesquels se concentrent les partenaires). D'autres sujets viennent plus bas dans l'échelle de priorités de la plupart des partenaires, soit lutter contre les carences en micronutriments, s'attaquer à la dénutrition chez les jeunes enfants au moment le plus opportun, et contrôler la surcharge pondérale et l'obésité. Peu d'agences cherchent à incorporer la nutrition parmi les éléments essentiels des Documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP), des Crédits d'appui à la stratégie de lutte contre la pauvreté (PRSC) ou des approches sectorielles (SWAp), ou même des programmes multisectoriels comme ceux qui touchent les questions de genre ou ceux de Développement conduit par les communautés (DCC).

Figure 5.1 Les principaux partenaires du développement qui appuient l'amélioration de la nutrition



La plupart des partenaires appuient les activités de développement des capacités sous une forme ou une autre. La majeure partie de leurs efforts est toutefois consacrée à former des nutritionnistes plutôt qu'à pousser le personnel clé responsable de la planification, des finances et de l'économie au sein des gouvernements à consacrer plus de ressources à la nutrition, ainsi qu'à renforcer l'engagement et l'appui envers les questions de nutrition dans les ministères des finances et de la planification. Bien que certaines agences soient activement impliquées dans le renforcement de l'engagement, leurs efforts se limitent surtout à des sujets dont la portée est relativement restreinte (comme l'allaitement maternel dans le cas de l'Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement maternel et dans celui de La Leche League, et l'enrichissement en micronutriments dans les pays choisis par l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition [GAIN]). Cet intérêt peu marqué pour la nutrition qui persiste au niveau mondial est la preuve qu'on a négligé le renforcement de l'engagement ; le fait que plusieurs des agences passées en revue dans les annexes techniques 5.1 et 5.2 n'aient aucun programme ou approche spécifique touchant la nutrition illustre de façon encore plus évidente la marginalisation de la nutrition dans les programmes de développement, même chez les partenaires du développement.

Chaque pays doit orienter son propre programme d'investissement et donc mener le repositionnement de la nutrition dans la vision du développement à long terme que l'on propose dans le présent document. Lorsque les pays demandent de l'aide dans le domaine de la nutrition, le rôle des partenaires du développement est de répondre d'abord en aidant les pays à développer une vision commune et un consensus sur ce qui doit être fait, comment et par qui, puis en fournissant de l'assistance financière et autre. Nous avons néanmoins soutenu dans le chapitre 4 que les difficultés qui surviennent lors du passage des interventions à grande échelle sont en grande partie attribuables à un manque d'engagement soutenu de la part des gouvernements et donc d'une faible demande pour une aide dans le domaine de la nutrition. Dans un tel contexte, le rôle des partenaires du développement doit dépasser une simple réponse aux demandes d'assistance des gouvernements. Ils doivent utiliser leurs ressources combinées en matière d'analyse, de campagne de sensibilisation et de renforcement des capacités pour encourager et influencer les gouvernements à donner à la nutrition une place plus élevée dans leur ordre de priorités chaque fois qu'elle est responsable d'un retard dans l'atteinte des OMD, dans la réduction de la pauvreté et la formation du capital humain. Ce rôle ne peut être rempli que si les partenaires du développement partagent une perspective commune sur les problèmes de malnutrition et les stratégies générales pour s'y attaquer et qu'ils ne parlent que d'une seule voix (voir encadré 5.1).

Encadré 5.1 Les leçons à tirer pour la nutrition des programmes de lutte contre le VIH/sida

Le manque d'intérêt et d'appui envers la nutrition pourrait venir en partie des désavantages inhérents aux problèmes et solutions multisectoriels. Les exemples réussis de programmes de lutte contre le VIH/sida pourraient cependant servir de base pour le passage à grande échelle des interventions nutritionnelles. Le programme plurinational de lutte contre le VIH/sida (MAP) a été mis sur pied lorsque la Banque mondiale s'est engagée à fournir 1 milliard de dollars en à peine plus de trois ans, créant ainsi un environnement susceptible d'amener une contribution majeure de la part d'autres partenaires. Cela est survenu parce que les leaders de la Banque en ont parlé avec conviction et de façon régulière, de sorte que le sujet est devenu incontournable pour les programmes nationaux. Des fonds et du personnel de la Banque dédiés à cette question ont également contribué à fournir un appui soutenu, et un mécanisme appuyé par la Banque a coordonné le travail des partenaires pertinents (surtout les agences de l'ONU au moyen du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida [UNAIDS]). Un tel mécanisme d'intervention existe potentiellement pour la nutrition par l'entremise du Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (SCN) – mais il faudrait modifier substantiellement son mandat pour que le SCN puisse jouer un rôle de coordination. On pourrait explorer d'autres mécanismes plus opérationnels.

On peut tirer des leçons additionnelles à partir du bilan provisoire du MAP entrepris en 2004. Celui-ci a identifié huit éléments critiques qui établissent un cadre simple pouvant être appliqué aux interventions à venir dans le domaine de la nutrition :

- L'engagement du gouvernement et la gouvernance, en particulier le rôle du leadership à l'échelle nationale (en ce qui a trait à la nutrition, cela se manifeste dans la résolution des questions institutionnelles et qui touchent le renforcement de l'engagement).
- Les stratégies et cadres nationaux de lutte contre le VIH/sida, en rapport avec l'affectation des ressources (les Plans d'action nationaux pour la nutrition ont rarement dépassé le stade du discours théorique, sans rapport avec les ressources nationales ni avec une évaluation des capacités nationales).
- L'approche multisectorielle, incluant mais ne se limitant pas au secteur de la santé.
- L'engagement communautaire (pourrait devoir être pris en considération dans une enquête sur les ressources humaines disponibles pour intervenir dans la nutrition au niveau communautaire, parmi d'autres enjeux).
- Un renforcement du suivi et de l'évaluation.
- Une collaboration et une coordination entre les bailleurs de fonds.
- Des instruments de la Banque – et une coordination entre les projets du MAP et les prêts pour les programmes et les investissements en santé.
- Une expérience sur le plan de la mise en œuvre.

Forger une vision commune et un consensus sur les actions qui doivent être entreprises ne signifie pas qu'il ne doit pas y avoir de débat, de voix dissidentes ou de nouvelles recherches. Nous suggérons plutôt que la façon de susciter la coopération et le consensus devrait être différente selon qu'on se trouve dans le domaine politique ou dans celui des programmes. Dans le domaine politique, les principaux partenaires du développement doivent forger un consensus en ce qui a trait à la vision d'ensemble qui oriente et soutient l'engagement politique à investir dans la nutrition aux niveaux mondial et national. Dans le domaine des programmes, les partenaires doivent baser leur réflexion sur la recherche active, le suivi et l'évaluation – et les parties prenantes à chaque niveau doivent continuellement réorienter et ajuster les programmes et les stratégies d'investissement de manière à en maximiser l'impact dans le cadre d'un consensus stratégique global[1]. Bien que les premiers efforts visant à réunir les partenaires du développement n'aient pas toujours été couronnés de succès, nous espérons que cette distinction entre les domaines politique et programmatique contribue à établir des fondations pour la mise en place d'un consensus fructueux à mesure que la nutrition reprend sa place au cœur du développement.

Trois problèmes opérationnels majeurs auxquels se heurte le passage à grande échelle

Les interventions doivent être élargies pour s'attaquer plus efficacement aux défis de la malnutrition. À cette fin, il faut se pencher sur trois problèmes opérationnels majeurs, qui consistent à intégrer les interventions nutritionnelles dans des programmes (et non des projets) en santé, en agriculture et dans d'autres secteurs ; réorienter certains investissements à grande échelle dans le domaine de la nutrition qui ne produisent pas les effets désirés ; et renforcer l'engagement et les capacités requis pour réaliser le passage à grande échelle et la réorientation qui s'impose. La prochaine section se penche sur certains outils permettant d'aider les partenaires du développement à décider de quelle façon passer à grande échelle.

Intégrer la nutrition aux stratégies nationales et aux approches programmatiques

Comme on l'a brièvement expliqué dans le chapitre 4, un nouvel environnement programmatique est en voie d'émerger dans les pays et dans le monde. Le passage des projets aux programmes, du financement et de la mise en œuvre de projets verticaux dédiés à une seule maladie à des SWAp et à un appui budgétaire, de même que l'attention renouvelée pour les interventions multisectorielles, la réduction de la pauvreté et les questions d'équité font tous partie de ce nouvel environnement. La société civile et le

secteur privé jouent un plus grand rôle. L'attention portée aux résultats par les partenaires du développement et les pays en développement n'a jamais été aussi élevée. Ces changements exigent de nouvelles approches si l'on veut faire avancer la nutrition, en particulier dans les domaines suivants.

Repositionner la nutrition de manière appropriée dans les stratégies nationales de développement. Les pays doivent reconnaître que la nutrition n'est pas un enjeu lié à la consommation, ni une question de bien-être. Les investissements stratégiques dans la nutrition peuvent contribuer à la formation du capital humain et ainsi stimuler la croissance économique. La nutrition fait partie intégrante du premier OMD, qui vise à réduire la pauvreté et la faim. Alors que plusieurs pays sont sur la bonne voie pour réduire la pauvreté monétaire, la plupart n'ont pas vraiment fait de progrès dans la lutte contre la pauvreté non monétaire (malnutrition et faim). Sans investissement direct dans la nutrition, ils n'arriveront pas à atteindre non seulement le premier OMD, mais aussi ceux qui touchent la santé, le VIH/sida, l'éducation et les questions de genre (voir chapitres 1 et 2). La reconnaissance de cette réalité est le plus important enjeu en ce qui a trait au repositionnement de la nutrition dans les stratégies de développement nationales et dans les plans d'action des partenaires du développement.

De nombreuses évaluations ont souligné à bon droit que les stratégies d'intervention doivent varier selon le contexte[2], et c'est pourquoi nous ne proposons pas une approche prescriptive. Les stratégies et les interventions de chaque pays pour améliorer la nutrition présenteront des différences. En particulier, chaque pays doit trouver un équilibre approprié à sa situation entre les interventions dans les domaines de l'alimentation, de la santé et des pratiques en matière de soins – un équilibre qui dépend du type de malnutrition et de sa gravité, des domaines où l'on a investi dans le passé, de l'engagement à agir et des capacités du pays. (La figure 5.2 propose des façons pratiques d'aider les pays à faire des choix de politiques publiques pour investir dans la nutrition, et l'encadré 5.2 offre quelques suggestions spécifiques sur les priorités à adopter lorsque l'engagement ou les capacités sont faibles.) Nous ne proposons pas une approche globale et uniforme pour s'attaquer à la malnutrition ; nous recommandons cependant que les partenaires du développement accordent une attention particulière aux objectifs suivants lorsqu'ils élaborent des stratégies nationales ou régionales :

- Cibler les stratégies et les interventions sur les pauvres de façon à s'attaquer aux aspects de la réduction de la pauvreté touchant la pauvreté non monétaire qui sont étroitement liés au développement humain et à la formation du capital humain.

- Concentrer les interventions dans la période favorable – de la conception à la fin des deux premières années de la vie – parce que c'est à ce moment que les dommages irréparables surviennent.
- Améliorer les pratiques des mères en matières de soins des nourrissons pour réduire l'incidence d'insuffisance pondérale et pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel, incluant l'allaitement exclusif et l'alimentation complémentaire, parce que plusieurs pays et partenaires du développement se sont peu souciés d'investir dans de tels programmes.
- Élargir les programmes de lutte contre les carences en micronutriments à cause de leur prévalence élevée, de leur impact sur la productivité, de leur coût abordable, et de leurs extraordinaires ratios bénéfices-coûts.
- Utiliser les capacités développées par le pays dans la programmation par rapport aux micronutriments pour établir des programmes de nutrition communautaires.
- S'efforcer d'améliorer la nutrition non seulement par des actions dans le domaine de la santé, mais aussi par des interventions appropriées dans les domaines de l'agriculture, du développement rural, de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène publique, des relations entre les sexes, de la protection sociale, de l'éducation et du DCC[3].
- Renforcer les investissements dans les approches courtes pour améliorer la nutrition tout en maintenant un équilibre entre les approches courtes et les approches longues.
- Intégrer des interventions en matière de nutrition bien conçues et équilibrées dans les stratégies d'assistance aux pays, dans les SWAp mis en place dans différents secteurs, dans les MAP et les PRSP.

Les partenaires du développement peuvent offrir une assistance en :

- aidant les pays à déterminer les arrangements institutionnels appropriés pour le développement des politiques, l'analyse de la rentabilité et de la capacité de payer, et la planification des investissements ;
- fournissant une aide technique et un appui sur le plan du renforcement des capacités dans ces domaines au besoin.

Accélérer le passage d'une approche centrée sur les projets à une autre qui met plus l'accent sur des programmes plus coordonnés. Les PRSP, PRSC et SWAp multisectoriels offrent une occasion pour accroître la visibilité et l'ampleur des interventions nutritionnelles. Les partenaires du développement peuvent aider les pays à tirer profit de cette occasion en délaissant le financement de projets à petite échelle orientés selon les priorités du donateur et en mettant plutôt leurs ressources en commun pour financer des programmes à grande échelle plus conformes aux priorités du pays ; en se mettant d'accord sur la meilleure façon pour chaque agence d'appuyer les gouvernements des pays en développement selon ses avantages comparatifs dans le financement, l'expertise technique ou la présence locale ; et en réduisant le fardeau de la gestion de

l'aide pour le gouvernement par l'entremise de procédures communes de passation des marchés publics, de comptabilité et de production de rapports. Cela est mis en place dans quelques pays, ce qui montre bien que cela peut se faire :

- Au Bangladesh, 13 donateurs se sont entendus pour mettre en commun leurs fonds – dont une portion substantielle sera consacrée à la nutrition – dans un SWAp par l'entremise du Programme sectoriel en matière de

Encadré 5.2 Que faire lorsque…

La capacité financière est faible :

- Supplémentation en vitamines et en minéraux (vitamine A, iode, fer).
- Enrichissement alimentaire.
- Vaccination.
- Thérapie de réhydratation par voie orale.
- Administration de vermifuge.
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) sur une base communautaire, incluant la nutrition.
- Promotion de la croissance, si on peut l'ajouter à un réseau existant pour rejoindre la population locale.

La capacité de gestion est faible :

- Vaccination et thérapie de réhydratation par voie orale.
- Supplémentation en vitamine A comme complément à la vaccination.
- Enrichissement alimentaire (en autant qu'il existe un nombre d'entreprises de transformation des aliments qui puisse être géré).
- Promotion de la croissance, si on peut l'ajouter à un réseau existant pour rejoindre la population locale.
- Utilisation le plus efficacement possible des ressources peu abondantes du gouvernement en :
  – Sous-traitant des services aux ONG lorsqu'elles sont présentes.
  – Utilisant les organisations communautaires pour fournir des services.

L'engagement est faible :

- Réduire le risque en choisissant seulement une ou deux interventions dans un ou deux ministères où l'on a trouvé des champions.
- Débuter par des interventions qui sont relativement peu coûteuses et faciles à gérer, telles que la supplémentation en vitamine A et en iode.
- Tester les interventions dans des régions de faible étendue, où l'atteinte rapide de résultats venant renforcer l'engagement peut être assurée sans que le gouvernement ne dépense trop de fonds.
- Investir dans l'analyse et la promotion appuyée par des faits pour renforcer l'engagement du pays plutôt que dans les projets orientés selon les priorités du donateur et qui ne pourront être maintenus sans prise en charge du pays.

Source : Extraits de l'annexe 5.4.

santé, de nutrition et de population (HNPSP). La nutrition est également un élément clé du PRSP préliminaire du Bangladesh. Toutes ces initiatives s'appuient sur l'expérience accumulée durant les projets traditionnels précédents – le Projet de nutrition intégré du Bangladesh (BINP) et le Projet national de nutrition.

- À Madagascar, les programmes de nutrition sont mis à l'avant-plan et élargis par l'entremise du PRSC, sur la base de l'expérience acquise dans le projet SEECALINE.
- En Éthiopie, le gouvernement développe une stratégie nationale en matière de nutrition avec l'appui de nombreux partenaires travaillant en coordination (le Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], l'Agence canadienne de développement international [ACDI], l'Agence américaine de développement international [USAID], l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, la Banque mondiale et d'autres). La stratégie, dont l'élaboration était une condition à remplir avant de procéder avec le prochain PRSC, peut fournir un point d'encrage pour un appui coordonné des donateurs dans le pays et pourrait être financée par le prochain PRSC de même que par des ressources fournies par les donateurs pour différents éléments.

Réorienter les programmes à grande échelle existants pour en maximiser l'impact

Bien que la plupart des pays n'aient pas réussi à mettre en place des programmes à grande échelle pour améliorer la nutrition, certains y ont consacré des investissements considérables dont les effets n'ont pas l'ampleur qu'ils auraient pu avoir. Cela arrive habituellement parce que la qualité de la mise en œuvre est médiocre, ou parce qu'il y a une inadéquation entre les causes de la malnutrition et les priorités du programmes censé la combattre, comme on l'a expliqué au chapitre 4. Dans plusieurs cas, même lorsqu'on reconnaît la nécessité de modifier la conception et la stratégie, la résistance bureaucratique et politique au changement rend souvent les programmes plus inflexibles qu'ils devraient l'être.

Améliorer la qualité de la mise en œuvre. Une mise en œuvre de qualité médiocre peut avoir une série de causes différentes : la capacité de mise en œuvre en général peut être faible ; certains aspects spécifiques de la gestion du programme tels que la formation des agents peuvent être déficients ; l'intensité des ressources utilisées sur le plan de la formation et de la supervision, ou le ratio du personnel sur le terrain par rapport à la population, peuvent ne pas être suffisants pour produire des services de qualité, ce qui découle d'un problème de conception ; le suivi et l'évaluation peuvent également ne pas porter attention à cette question (voir chapitre 4). De plus, l'expérience programmatique nous indique que la

résistance bureaucratique, professionnelle et politique au changement a été sous-estimée. Les partenaires du développement peuvent aider en :

- accordant plus d'attention ainsi que d'assistance technique et financière à l'amélioration de la conception des programmes, du suivi, de l'évaluation et de la gestion ;
- fournissant un soutien technique pour analyser la rentabilité de différents niveaux d'intensité dans l'utilisation des ressources et en fournissant du financement pour les atteindre ;
- fournissant un appui et des conseils d'une façon coordonnée pour surmonter la résistance bureaucratique et politique au changement dans l'élaboration des stratégies et la conception des programmes.

Régler le problème d'inadéquation entre les causes de la malnutrition et les interventions. Trois sources courantes d'inadéquation entre les besoins et la conception, présentées dans leurs grandes lignes au chapitre 3, proviennent : de la priorité donnée à la nourriture, qui fait en sorte que les pays dépensent des sommes importantes pour la nourriture ou les programmes d'alimentation alors que le problème est ailleurs ; d'un mauvais ciblage par groupes d'âge, où l'on constate que les pays consacrent des investissements aux enfants plus vieux, alors que la malnutrition touche surtout les jeunes enfants ; d'un mauvais ciblage de la pauvreté, où l'on constate que les programmes échouent à cibler la malnutrition dans les régions les plus pauvres, soit par conception ou à cause d'une mauvaise ciblage. Ces inadéquations doivent être réglées si l'on veut obtenir des résultats des programmes existants à grande échelle en matière de nutrition. De même, à mesure que les PRSP deviennent un important outil d'intervention politique, on doit s'assurer davantage que les stratégies et les interventions proposées dans les PRSP des pays s'accordent avec la situation de ces pays sur le plan épidémiologique et de la malnutrition. Les partenaires du développement peuvent fournir une aide en donnant leur appui à une analyse des politiques qui permet d'identifier les sources d'inadéquation (voir par exemple Gragnolati *et al.*, à paraître, et Shekar et Lee, 2005) et un soutien technique et financier pour aider les pays à réorienter leurs investissements de façon à les rendre plus productifs.

Renforcer l'engagement et les capacités

Élargir des programmes de nutrition dans des pays qui n'ont pas assez investi et réorienter des programmes inefficaces dans des pays qui ont suffisamment investi nécessitent un engagement solide et des capacités institutionnelles spécifiques. Ces deux types d'interventions requièrent également un investissement très particulier dans les compétences qui permettent de forger des consensus au sein des parties prenantes aux niveaux mondial et national.

Renforcer l'engagement. Le renforcement de l'engagement se fait dans une large mesure de façon aléatoire, au lieu d'être traité comme une pratique professionnelle reconnue aussi importante pour le succès des programmes de nutrition que l'épidémiologie ou l'analyse économique. Cette activité a besoin d'être professionnalisée, de pouvoir compter sur des compétences dans les domaines de la communication stratégique, de l'analyse politique et du comportement organisationnel[4]. Des champions de la nutrition au fait de la situation doivent s'atteler systématiquement à :

- Forger des partenariats locaux composés d'individus et d'institutions qui peuvent influencer les politiciens, les agences responsables de la mise en œuvre et les partenaires du développement à accroître les budgets dédiés aux investissements adéquats dans la nutrition, puisque les partenaires du développement ne peuvent augmenter les fonds qu'ils consacrent à la nutrition que si les pays le demandent.
- Déterminer les failles dans la capacité du pays à renforcer l'engagement à améliorer la nutrition et chercher de l'aide pour combler ces failles chez les institutions locales, d'autres pays en développement, ou des agences non gouvernementales et d'autres partenaires du développement.

Des activités visant un renforcement systématique de l'engagement peuvent coûter plusieurs centaines de milliers de dollars par pays[5], des dépenses qui sont encourues avant même que les fonds du gouvernement ou du donateur soient disponibles pour les programmes ou les réformes prévus. Les partenaires du développement peuvent aider les pays à couvrir ces frais en établissant un fonds à partir duquel les pays peuvent financer l'assistance technique et les coûts de départ découlant du renforcement de l'engagement et du consensus entre les parties prenantes. Ils pourraient aussi les assister dans le développement de meilleures pratiques et documenter celles-ci dans un manuel d'instructions de façon à promouvoir l'expertise acquise.

Renforcer les capacités. Les évaluations montrent que de nombreux aspects du renforcement des capacités institutionnelles n'ont reçu que peu d'attention (voir chapitre 4). Les pays doivent se préoccuper davantage d'augmenter le niveau de responsabilisation envers les gestionnaires et les clients, d'améliorer la gouvernance et de mettre de l'avant d'autres mesures qui offrent de meilleures incitations à réussir aux responsables de la mise en œuvre. Bien que de nombreuses capacités puissent être renforcées durant la mise en œuvre d'un programme, les pays doivent aussi mettre l'accent sur le développement des capacités requises avant que les programmes ne soient élargis ou réorientés, c'est-à-dire les capacités :

- de renforcer systématiquement l'engagement ;
- d'analyser la rentabilité relative des investissements dans la nutrition et des approches dans la prestation des services ;

- de déterminer les arrangements institutionnels appropriés par une analyse minutieuse des meilleures procédures de mise en œuvre ainsi que leurs conséquences sur les plans financier et politique ;
- de développer des plans d'évaluation et de mener des études de qualité à partir des conditions de départ qui sont nécessaires à l'évaluation.

Les partenaires du développement pourraient appuyer ce plan d'action en développant des lignes directrices pour évaluer et renforcer les capacités institutionnelles, et en fournissant le financement et l'assistance technique dans les domaines où les besoins se font sentir.

Où concentrer les mesures de lutte contre la malnutrition ?

Établir un ordre de priorités entre les pays en ce qui a trait aux interventions nutritionnelles

De nombreux pays méritent qu'on intervienne en priorité chez eux, compte tenu de l'ampleur de leur problème de malnutrition. Les considérations épidémiologiques ne constituent toutefois qu'un seul des quatre principaux critères pour déterminer quels pays devraient faire l'objet d'investissements prioritaires. Les trois autres critères sont l'engagement, les capacités, l'empressement à agir et, dans une certaine mesure, la taille de la population.

Une matrice pour déterminer les interventions prioritaires en matière de nutrition (figure 5.2) est utile pour deux raisons :

- En premier lieu, la matrice utilise les données épidémiologiques disponibles pour démontrer que le problème de malnutrition est omniprésent dans plusieurs pays et devrait donc justifier une action ; les pays qui présentent les plus hauts taux de malnutrition dans chaque région devraient faire l'objet d'interventions prioritaires, suivis par ceux qui ont des taux moins élevés.
- En second lieu, la matrice indique que la réponse devrait être adaptée à l'ampleur et à la nature du problème. Par exemple, ce sont les pays où les problèmes d'insuffisance pondérale et de retard de croissance sont extrêmes qui devraient faire l'objet des interventions. Là où le problème de malnutrition se limite à des carences en micronutriments, les interventions devraient se concentrer sur ce problème. Dans les pays où les enjeux entourant la dénutrition sont considérables et où un problème de surcharge pondérale devient de plus en plus présent, les interventions devraient viser les deux types de problèmes, sans que l'importance accordée à l'un ne compromette l'autre. Pour les questions de surpoids, il pourrait être préférable de passer lentement à grande échelle, en commençant par seulement quelques pays, de façon à permettre un réglage précis des stratégies et des approches.

Une vue d'ensemble des méthodes permettant d'identifier les pays qui devraient recevoir un appui de façon prioritaire est présentée dans l'annexe 5.5. L'annexe technique 5.6 contient plus de détails sur les enjeux épidémiologiques régionaux et nationaux.

Les pays où l'on devrait intervenir de façon prioritaire sur le plan de la nutrition

La figure 5.2 propose trois catégories de pays sur la base de cette classification :

- Catégorie A : Les pays qui ont des taux d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance d'au moins 20 %.
- Catégorie B : Les pays qui présentent ou bien une carence en vitamine A supérieure à 10 %, ou bien une prévalence de l'anémie due à une carence en fer supérieure à 20 %.
- Catégorie C : Les pays qui ont un problème grandissant de surcharge pondérale.

La matrice montre que la dénutrition (autant les carences en macronutriments qu'en micronutriments) et le surpoids constituent des problèmes importants de santé publique dans la plupart des pays en développement : 80 des 126 pays pour lesquels des données sont disponibles entrent dans la catégorie A, et les 80 pays pour lesquels on a des données sur les micronutriments entrent dans la catégorie B ; 63 pays ont à la fois des carences en macronutriments et en micronutriments (c'est-à-dire qu'ils se retrouvent dans les catégories A et B). Dans environ la moitié des pays pour lesquels on dispose de données sur la surcharge pondérale, plus de 3 % des enfants ont un surpoids (catégorie C), et environ 40 % de ces pays ont à la fois des problèmes d'insuffisance et de surcharge pondérales (c'est-à-dire qu'ils se retrouvent dans les catégories A et C), ce qui indique que les deux extrêmes du spectre de la malnutrition (insuffisance et surcharge pondérales) coexistent dans de nombreux pays en développement.

Presque tous les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont, comme on peut s'y attendre, à la fois des problèmes de déficience en macronutriments et en micronutriments qui nécessitent des interventions. Il est également évident que le surpoids chez les enfants est rapidement en voie de devenir un problème de santé publique, bien que les niveaux absolus restent très bas en comparaison de l'ampleur du problème de dénutrition. Environ le tiers des pays pour lesquels des données sur la surcharge pondérale sont disponibles ont des taux de prévalence du surpoids chez les enfants d'âge préscolaire qui dépasse 3 %.

Dans la région Asie de l'Est et Pacifique, plus de 70 % des pays où des données sont disponibles ont des problèmes d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance. Des pays comme l'Indonésie et la Mongolie doivent porter le double fardeau de la dénutrition et de la surcharge pondérale, et le problème de surpoids est de plus en plus présent en Chine.

La prévalence de la dénutrition est beaucoup moins élevée en Europe et en Asie centrale, mais un quart des pays ont toujours des problèmes de retard de croissance. L'Ouzbékistan et l'Albanie ont également des taux d'émaciation qui dépassent 10 %. Sans surprise, on constate que le surpoids est répandu ; les deux tiers des pays qui disposent de données ont un problème de surcharge pondérale. En plus de la carence en vitamine A et de l'anémie due à une carence en fer, des troubles causés par la carence en iode suffisamment élevés pour poser un problème de santé publique sont présents dans les deux tiers des pays où des données sont disponibles.

Les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ont un profil de malnutrition semblable à celui de l'Amérique latine et des Caraïbes. Bien que la dénutrition soit très rare (elle se retrouve surtout au Yémen), environ un tiers des pays ont un problème de retard de croissance, et Djibouti a en plus un problème d'émaciation. Le problème de surcharge pondérale est particulièrement préoccupant au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ; dans les sept pays où des données sont disponibles, plus de 3 % des enfants présentent un surpoids. La prévalence du surpoids dépasse 5 % en Algérie, en Égypte, en Jordanie et au Maroc. Les niveaux élevés de carence en macronutriments et en micronutriments au Yémen exigent une attention immédiate.

Bien que la prévalence de l'insuffisance pondérale dépasse le seuil de 20 % dans un seul pays de la région Amérique latine et Caraïbes (le Guatemala), un tiers des pays ont un problème de retard de croissance. La carence en vitamine A et l'anémie attribuable à une carence en fer sont également répandues, même si les troubles liés à la carence en iode sont relativement rares. Le surpoids est très répandu dans sept pays – l'Argentine, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, la Jamaïque, le Pérou et l'Uruguay –, avec des taux de plus de 5 %.

La figure 2.12 et les cartes 1.1 à 1.4 donnent des renseignements additionnels sur les régions et les pays.

En Asie du Sud, la surcharge pondérale se retrouve présentement dans seulement deux pays, l'Afghanistan et le Pakistan, mais la dénutrition est infiniment plus élevée dans tous les pays de la région ; même le Sri Lanka, où le taux de mortalité juvénile ne dépasse pas 20 décès par 1 000 naissances vivantes, connaît un taux de dénutrition d'environ 30 % et un taux de retard de croissance de 20 %. Tous les pays d'Asie du Sud ont aussi de très hauts taux de carence en vitamine A et d'anémie due à une carence en fer.

Les implications sur le plan des interventions

Les décisions en ce qui a trait à l'ordre de priorités à donner aux interventions dans les régions et les pays doivent se fonder sur deux critères :

- La nature et l'ampleur du problème de nutrition dans la région ou le pays, telles qu'elles sont déterminées dans la matrice définissant les interventions prioritaires.

Figure 5.2 Typologie et ampleur de la malnutrition dans les régions et les pays de la Banque mondiale

Source : OMS, 2004 ; UNICEF et IM, 2004b ; De Onis et Brossner, 2000.
Note : AFR = Afrique ; AEP = Asie de l'Est et Pacifique ; EAC = Europe et Asie centrale ; ALC = Amérique latine et Caraïbes ; MAN = Moyen-Orient et Afrique du Nord ; ADS = Asie du Sud ; CVA = carence en vitamine A ; ACF = anémie due à une carence en fer.

- Les capacités, l'engagement et l'empressement du pays à agir dans le domaine de la nutrition, incluant les arrangements institutionnels.

Lorsque les besoins sont grands, mais les capacités et l'engagement sont faibles, la priorité devrait être d'investir dans le renforcement de l'engagement et des capacités et de déterminer la localisation institutionnelle appropriée pour les questions de nutrition, peut-être au moyen d'un projet traditionnel. Lorsque les besoins sont grands et qu'on retrouve une certaine expérience, un engagement et des capacités pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles, les efforts devraient se concentrer sur le passage à grande échelle des interventions pilotes par l'entremise de nouvelles approches et outils comme les SWAp et les PRSC. Pour les pays qui se retrouvent au centre de ce continuum, une approche finement équilibrée s'avère nécessaire.

Appuyer un programme ciblé de recherche d'action sur la nutrition

Même si certains défis techniques demeurent (en particulier en ce qui concerne la surcharge pondérale et les liens entre la nutrition et les MNT et entre la nutrition et le VIH), il existe un large consensus dans la communauté internationale de la nutrition sur les approches techniques visant à améliorer la nutrition[6]. Les défis émergents au chapitre de la recherche ne sont donc pas tant de nature technique ou scientifique qu'opérationnelle, et il faut donc chercher à les relever en accumulant des connaissances par l'action sur le terrain dans trois domaines :

- Replacer la nutrition au cœur de la planification du développement.
- Renforcer la prestation de services nutritionnels.
- Continuer d'accumuler des faits sur les façons de s'attaquer à certaines formes de malnutrition sur le plan opérationnel.

Il est nécessaire d'accroître la recherche dans ce dernier domaine pour relever le défi de plus en plus pressant du surpoids et de l'obésité et des liens entre la nutrition et le VIH, ainsi que pour réduire le faible poids à la naissance lorsque l'expérience opérationnelle est insuffisante pour élargir les programmes avec assurance.

Une série de priorités dans la recherche d'action (voir tableau 5.1) doit être mise de l'avant pour combler les lacunes dans les connaissances qui ont été établies plus haut dans ce document. Il est d'une importance cruciale pour le succès des investissements futurs dans la nutrition de s'assurer de la présence d'un lien stratégique et d'une synergie entre les priorités de la recherche et les priorités programmatiques au niveau mondial, de façon à ce qu'elles s'influencent mutuellement. Les partenaires du développement pourraient aider les pays à poursuivre ces priorités en fournissant des fonds et de l'assistance technique pour concevoir la recherche d'action et documenter, évaluer et diffuser les résultats. On peut trouver d'autres détails sur les priorités suggérées pour la recherche d'action à l'annexe 3.

Tableau 5.1 Suggestions de priorités pour la recherche d'action sur la nutrition

Thème	*Principaux enjeux de la recherche d'action*
Replacer la nutrition au cœur de la planification du développement	• Intégrer la nutrition dans les programmes sectoriels et les PRSP/PRSC – la meilleure façon de se faire selon les circonstances du pays. • Comment renforcer le plus possible l'engagement envers la nutrition, créer des consensus parmi les parties prenantes et surmonter la résistance au changement selon les circonstances du pays. • Comment évaluer et renforcer le mieux possible les capacités d'analyser les politiques nutritionnelles et de planifier les investissements à l'échelon national. • Déterminer les options en matière de détermination des coûts, de financement et de contexte institutionnel pour la prestation de services nutritionnels, incluant les options sur le plan des ressources humaines.
Renforcer et ajuster les mécanismes de prestation des services	• Déterminer s'il est possible de reproduire de nouveaux mécanismes de prestation des services dans différents contextes où les ressources sont rares : transferts conditionnels de fonds, fourniture de services par les ONG, partenariats public/privé pour la distribution de micronutriments, etc. • Micronutriments : le rôle complémentaire de la supplémentation, de l'enrichissement et des stratégies alimentaires (incluant l'efficacité et l'efficience des technologies émergentes pour les approches alimentaires comme la biofortification). • Le ciblage et la rentabilité de la supplémentation alimentaire en rapport avec l'éducation à la nutrition et la promotion de la croissance dans le but de maximiser les effets sur la dyade mère-enfant.
Continuer d'accumuler des faits sur ce qui fonctionne bien sur le plan opérationnel	• Stratégies basées sur des faits pour prévenir et réduire le surpoids et les MNT liées aux habitudes alimentaires. • Efficacité et efficience des interventions nutritionnelles dans les programmes de lutte contre le VIH, comme le rôle de l'allaitement maternel exclusif dans la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant dans les pays en développement ; le rôle de la sécurité alimentaire dans la prévention du VIH ; et le rôle de la nutrition dans l'augmentation de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale. • Intégrer les données sur la nutrition aux initiatives plus générales de suivi à l'échelle mondiale comme le Réseau de métrologie sanitaire et d'autres initiatives de suivi des OMD et de la pauvreté, notamment les enquêtes nationales, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples, les enquêtes sur la démographie et la santé et les enquêtes sur le niveau de qualité de vie. • Méthodologies pour évaluer la nutrition dans le contexte des approches programmatiques (SWAp et PRSC) ; ajuster les indicateurs – impose-t-on des standards plus élevés dans le domaine de la nutrition que dans d'autres secteurs ?

Note : Voir l'annexe 3 pour plus de détails.

Les écarts entre les besoins identifiés et les priorités des partenaires du développement

La communauté du développement et la planète entière ont systématiquement échoué dans leur tentative de s'attaquer au problème de la malnutrition au cours des dernières décennies. Il est devenu évident que la lenteur des progrès vers l'atteinte des OMD résulte de cette incapacité à intervenir alors qu'on sait depuis longtemps à quel point la malnutrition sape la croissance économique et contribue à perpétuer la pauvreté. Le choix incontournable que nous devons aujourd'hui faire est d'agir dans l'optique de ce que nous savons depuis longtemps ou de continuer à échouer.

Peu de partenaires du développement ont des politiques ou des stratégies claires en matière de nutrition. Les principales lacunes entre les besoins opérationnels pour passer à grande échelle et les priorités des partenaires du développement se retrouvent dans quatre domaines :

- Généraliser les programmes de lutte contre la dénutrition et de distribution de micronutriments, de même qu'intégrer la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH / sida.
- Déterminer les stratégies pour s'attaquer à l'épidémie émergente d'obésité et accumuler des preuves scientifiques du lien entre la dénutrition en bas âge et la propension à souffrir de MNT plus tard dans la vie, y compris les MNT liées aux habitudes alimentaires.
- Renforcer l'engagement.
- Établir des arrangements institutionnels réalisables et développer une capacité institutionnelle sur le plan de la promotion, de la gestion, du suivi et de l'évaluation des interventions nutritionnelles à grande échelle.

La Banque mondiale est le plus important organisme qui investit dans la nutrition à l'échelle mondiale, et son portefeuille contient plusieurs autres investissements qui peuvent améliorer la nutrition de façon générale. Il faudra cependant plusieurs décennies pour que nombre de ces investissements aient un effet sur l'amélioration de la nutrition. Étant donné l'ampleur du problème (voir chapitre 2), les investissements de la Banque dans les interventions directes (approches courtes) sont extrêmement restreints ; ils ne dépassent pas 3,8 % de ses prêts dans le domaine du développement humain et atteignent à peine 0,7 % du total de ses prêts en 2000-2004.

Seulement 36 investissements sur la totalité de ceux appuyés par la Banque amènent un certain appui direct aux questions de nutrition. Les investissements totaux de la Banque s'élèvent à 662 millions de dollars et se répartissent entre les secteurs suivants : santé, nutrition et population (22 investissements) ; agriculture et développement rural (5) ; éducation (4) ; protection sociale (3) ; et transport (2 projets urgents de réhabilitation). La plupart de ces investissements ne dépassent pas les 10 millions de dollars et seulement neuf d'entre eux ont des volets significatifs (quoique

modestes) qui touchent l'Argentine, le Bangladesh, l'Érythrée, l'Inde et son État d'Andhra Pradesh, l'Iran, Madagascar, le Sénégal et l'Ouganda. La dénutrition est pourtant un problème grave dans plus de 80 pays en développement. L'écart entre les besoins et les niveaux d'investissement, que l'on retrouve également chez les autres partenaires du développement, est décidément très large.

Étapes suivantes

Les prochaines étapes concernent les écarts entre les priorités actuelles et les besoins définis pour élargir les interventions nutritionnelles aux niveaux mondial et national.

Au niveau mondial, la communauté du développement doit s'unir pour reconnaître explicitement le rôle de la malnutrition en tant que cause sous-jacente de la mortalité, de la morbidité et de la faible croissance économique, et s'entendre sur cinq étapes à venir :

- Coordonner les efforts en vue de renforcer l'engagement, les consensus et le financement de la nutrition au sein de partenariats aux niveaux mondial et national, tels que le Partenariat pour la survie des enfants, le Partenariat pour la maternité sans risques et la santé néonatale, le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), GAIN, SCN, l'Initiative pour les micronutriments (IM), les alliances nationales et internationales, et les partenariats public-privé.
- S'entendre sur de grandes priorités stratégiques qui s'étendront sur la prochaine décennie (comme les trois priorités opérationnelles et les trois sujets de recherche proposés ci-dessus) et se concentrer dans chaque domaine en fonction de ses avantages comparatifs.
- S'entendre sur les pays à considérer en priorité pour tester des approches systématiques pour mettre à l'avant-plan les programmes de nutrition, renforcer l'engagement et les capacités, et réduire le surpoids et l'obésité.
- S'engager dans un effort collectif pour transférer le financement des projets à petite échelle aux programmes à grande échelle, sauf lorsque des petits projets comportant de solides composantes de suivi et d'évaluation sont nécessaires pour tester des interventions et des systèmes de prestation de services.

De plus, les agences et les fondations qui financent le développement doivent travailler de concert pour dégager des fonds aux niveaux mondial et national qui permettront de promouvoir et de financer l'engagement des pays et les activités visant le renforcement des capacités nécessaire avant de passer aux investissements à grande échelle ou aux réformes des programmes. Les partenaires du développement devraient aussi encourager une recherche d'action adéquatement conçue sur les programmes de

nutrition à grande échelle et un suivi et une évaluation plus systématiques, de façon à ce que nous puissions tirer profit de cette recherche et en partager les résultats à l'échelle internationale. La Banque mondiale s'est récemment engagée à appuyer le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh (ICDDR,B) au moyen d'une modeste subvention de départ de 3,6 millions de dollars qui permettra au Centre d'entreprendre de telles activités. Les partenaires du développement doivent s'entendre pour établir un ordre de priorités et voir comment ce modèle peut servir de catalyseur pour des investissements additionnels visant à encourager d'autres agences régionales et internationales à jouer un rôle similaire.

Au niveau national, la communauté du développement doit s'entendre sur quatre étapes à venir :

- Dans tous les pays où l'on retrouve des carences en micronutriments, développer une stratégie nationale de lutte contre la carence en micronutriments, la financer, et élargir ces programmes pour atteindre une couverture nationale à l'intérieur d'un délai de cinq ans. On doit ajouter ici une importante réserve : même si nous appuyons fortement l'idée de compléter les programmes de lutte contre la carence en micronutriments, ceux-ci ne devraient pas faire ombrage aux programmes généraux de lutte contre la dénutrition, comme cela a été le cas dans plusieurs pays et pour plusieurs agences au cours de la dernière décennie.
- Dans tous les pays où l'on retrouve des problèmes de dénutrition et de surcharge pondérale, il faudrait à court ou à moyen terme :
  - Identifier et appuyer de cinq à dix pays ayant d'importants problèmes de nutrition où les partenaires du développement travailleraient à intégrer les questions de nutrition dans les SWAp, les projets plurinationaux de lutte contre le sida (MAP) et les PRSC (comme au Bangladesh et à Madagascar). Là où les pays ont peu d'expérience avec de tels investissements, les projets de nutrition pourraient constituer une première étape vers le renforcement des capacités.
  - Identifier et appuyer de trois à cinq pays où les investissements existants à grande échelle peuvent être réorientés pour en maximiser l'impact. Dans ces pays, on doit fournir un soutien technique de manière constructive et coordonnée pour reformuler la conception des programmes et améliorer la qualité de la mise en œuvre.
  - Identifier et appuyer de trois à cinq pays où les questions de nutrition prennent beaucoup de place mais où les fonds disponibles pour l'investissement sont limités (comme en Éthiopie). Dans ces pays, on doit investir dans le renforcement de l'engagement et fournir un soutien technique pour développer des stratégies de façon

coordonnée qui pourront ensuite être financées par des ressources complémentaires en provenance des partenaires du développement[7].

Le défi – en particulier dans les pays en développement à faible revenu – sera de compléter les programmes incomplets de lutte contre la carence en micronutriments, de graduellement attirer l'attention et de proposer des stratégies éprouvées pour s'attaquer aux questions de surpoids, sans diminuer l'attention, les capacités et le financement consacrés aux plus importants programmes de lutte contre la dénutrition. Des estimations initiales indiquent qu'il en coûtera environ 235 millions de dollars par année pour poursuivre les programmes de distribution de micronutriments en Afrique. Les coûts pour les autres régions et pour d'autres aspects de la lutte pour une meilleure nutrition n'ont pas encore été estimés. D'autres estimations brutes donnent des montants beaucoup plus considérables (750 millions de dollars pour deux doses de suppléments en vitamine A à l'échelle mondiale ; entre 1 et 1,5 milliard de dollars pour l'iodation du sel, ce qui comprend une somme de 800 millions à 1,2 milliard de dollars en provenance du secteur privé ; et plusieurs milliards de dollars pour les programmes de nutrition communautaires)[8]. La Banque mondiale a entrepris une analyse plus détaillée des coûts pour obtenir des données plus réalistes.

L'une des façons de sélectionner de façon prioritaire les pays et les interventions est d'utiliser les outils passés en revue dans ce chapitre et dans les annexes techniques 5.4, 5.5 et 5.6, tout en prenant en considération les capacités, l'engagement et l'empressement d'agir des pays. L'équilibre entre les interventions liées aux approches longues et aux approches courtes (voir chapitre 3) sera d'une importance critique. Le plan d'action que l'on propose ici doit être débattu, modifié, faire l'objet d'un accord, financé et mis en œuvre de concert avec les partenaires du développement par un processus de consultation et de diffusion des renseignements.

Notes

1. Pelletier, Shekar et Du, à paraître.
2. Pelletier, Shekar et Du, à paraître ; Habicht, Victora et Vaughan, 1999.
3. La plupart des partenaires du développement partagent ce préjugé en faveur du secteur de la santé. Au sein de l'UNICEF, de USAID et de la Banque mondiale, par exemple, ce sont les divisions responsables de la santé qui s'occupent des questions de nutrition. Parmi les 36 projets courants appuyés par la Banque mondiale qui incluent une dimension liée à la nutrition, 22 se retrouvent dans le secteur de la santé et les 14 autres sont dans les secteurs de l'agriculture et du développement rural (5), de l'éducation (4), de la protection sociale (3) et du transport (2) (tiré de l'examen des programmes d'avril 2005).
4. Heaver, 2005b.
5. Heaver, 2005b.
6. Série *Lancet* sur la survie des enfants, 2004.

7. Plusieurs étapes peuvent être nécessaires pour y arriver :
   - Aider les pays à déterminer les causes locales de la malnutrition, et l'importance de la malnutrition en comparaison des autres obstacles au développement.
   - Venir en aide avec des outils pratiques pour décider comment investir (voir l'annexe technique 5.4).
   - Aider à développer une stratégie nationale et un programme correspondant de recherche active.
   - Réorienter les dépenses publiques pour permettre de financer la stratégie.
   - S'entendre sur une stratégie commune de financement qui tire partie des avantages comparatifs de chaque partenaire du développement (soutien technique, suivi et évaluation, et présence sur le terrain).
8. Hunt, 2005.

Annexe 1

Les expériences nationales en matière d'approches courtes pour améliorer la nutrition

Intervention	*Expérience en matière de programmes à grande échelle*	*Effet sur la nutrition*	*Coût par participant par année*[a]	*Meilleures pratiques*
Programme communautaire de promotion de la croissance	UPGK en Indonésie ; Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu ; BINP ; SEECALINE à Madagascar ; PROCOSAN (Projet de réforme du secteur de la santé) au Nicaragua ; AIN-C (national) au Honduras ; Iringa en Tanzanie ; Nutrition nationale en Thaïlande	+	Coûts budgétaires récurrents additionnels de 1,60 $ à 10 $; de 11 $ à 18 $ si on ajoute de la nourriture	Cibler les enfants de moins de 2 ans. Counseling adapté et négocié par des mères en situation similaire ; messages fondés sur des « essais de pratiques améliorées » ; peut intégrer des soins préventifs et une réponse rapide aux signaux de danger et à la stimulation intellectuelle. Le personnel médical et infirmier a besoin de formation et de motivation pour offrir un appui.
Suppléments en vitamine A (à des enfants d'âge préscolaire)	Inde, Indonésie, Bangladesh, Ghana, Népal, Pakistan, Niger, Tanzanie, Sénégal	+	De 1,01 $ à 2,55 $	L'approche de terrain nécessite une motivation et une mobilisation permanentes. Doit s'intégrer aux services médicaux généraux. Le personnel médical et infirmier a besoin de formation.
Enrichissement en vitamine A	Guatemala (sucre)	+	De 0,69 $ à 0,98 $ par personne à haut risque rejointe	Une attention spéciale doit être portée au respect de la réglementation sur l'enrichissement des aliments par les compagnies productrices ; on pourrait avoir besoin d'éduquer les consommateurs ; les coûts sont habituellement modestes et peuvent être refilés aux consommateurs, sauf dans le cas où une subvention ciblée est justifiée.

Intervention	*Expérience en matière de programmes à grande échelle*	*Effet sur la nutrition**	*Coût par participant par année*[a]	*Meilleures pratiques*
Supplé-ments en fer (quoti-diennement pour les femmes enceintes, _, et les enfants de moins de 2 ans, C)	Indonésie _ Thaïlande _ Cuba _, C Bolivie _, C Honduras AIN-C C Zambie C Nicaragua PRO-COSAN C	+	De 0,55 $ à 3,17 $	Counseling nécessaire pour aborder les points de résis-tance et la motivation ; les rappels renforcent l'observation des règles du programme ; le personnel médical et infirmier a besoin d'être éduqué et motivé ; peut être combiné à un programme communautaire de promotion de la croissance.
Enrichisse-ment au fer	Venezuela, États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Suède, Chili	+	De 0,12 $ à 0,22 $	Une attention spéciale doit être portée au respect de la régle-mentation sur l'enrichissement des aliments par les compa-gnies productrices ; on pourrait avoir besoin d'édu-quer les consommateurs ; les coûts sont habituellement modestes et peuvent être refilés aux consommateurs, sauf dans le cas où une subvention ciblée est justifiée.
Iodation du sel	Projet d'iodation du sel en Chine ; Projet Iode Indonésie ; divers projets dans le monde	+	De 0,20 $ à 0,50 $	Une attention spéciale doit être portée au respect de la réglementation sur l'enrichis-sement des aliments par les compagnies productrices. Des emplois de rechange doivent être trouvés pour les produc-teurs artisanaux. Les coûts sont habituellement modestes et peuvent être refilés aux consommateurs, sauf dans le cas où une subvention ciblée est justifiée.
Transferts monétaires condition-nels	PROGRESA, au Mexique ; PRAF, au Honduras ; Red de Protección Social, au Nicaragua	+ / –	De 70 $ à 77 $	On doit porter attention à la qualité du counseling en nutrition dans les services de santé. Peut être combiné avec un programme communau-taire de promotion de la croissance.

Intervention	*Expérience en matière de programmes à grande échelle*	*Effet sur la nutrition**	*Coût par participant par année*[a]	*Meilleures pratiques*
Suppléments nutritionnels au lait maternel (les programmes des ONG dans les pays énumérés sont assujettis à une étude d'impact)	Éthiopie, Gambie, Kenya, Bénin, Madagascar, Mozambique, Inde, Bolivie, Guatemala, Haïti, Pérou, Honduras, Nicaragua, pratiquement tous les pays	+ / –	43 $ pour 1 000 calories par jour par personne	Un ciblage très précis est d'une importance cruciale. Il est important que la nourriture distribuée ne constitue pas une désincitation pour l'agriculture familiale ou locale ; l'éducation à la nutrition est d'une importance cruciale ; éviter la nourriture étrangère, utiliser des aliments locaux si possible ; cibler les personnes mal nourries risque de mener à un échec.
Développement de la petite enfance / Soins pédiatriques	PIDI en Bolivie, HBI en Colombie, ECD en Ouganda, ICDS en Inde, ECD aux Philippines, ECD au Kenya	+ / –	De 250 $ à 412 $ avec de la nourriture (Colombie, Bolivie) ; de 2 $ à 3 $ sans nourriture (Ouganda)	Impliquer les parents dans la promotion de la croissance et le développement de l'enfant par du counseling interpersonnel et des rencontres de niveau communautaire.
Éducation à la nutrition (promotion de l'allaitement maternel, alimentation complémentaire)	Se retrouve dans la plupart des projets de nutrition visant à améliorer la santé	+ / –	2,50 $	Le problème le plus courant est la mauvaise conception des messages, du matériel et des moyens de diffusion. Les messages de counseling devraient être adaptés, négociés et basés sur une recherche formative au sein de la communauté. L'information, l'éducation et la communication de type générique, de même que les discussions de groupe, n'ont aucune efficacité.
Promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux	Brésil, Honduras, Mexique, hôpitaux accueillants pour les bébés	+	De 0,30 $ à 0,40 $ si des succédanés de lait sont disponibles à la maternité ; de 2 $ à 3 $ s'ils ne le sont pas	Programme adapté pour les naissances en milieu hospitalier ; l'éducation du personnel médical et infirmier est d'une importance critique, tout comme empêcher les fournisseurs de succédanés de lait pour nourrissons d'avoir un accès à l'hôpital.

Intervention	*Expérience en matière de programmes à grande échelle*	*Effet sur la nutrition**	*Coût par participant par année*[a]	*Meilleures pratiques*
Éducation au micro-crédit et à la nutrition	Ghana, Bolivie, Ouganda	+	De 0,90 $ à 3,50 $ (coût marginal de l'éducation à la nutrition)	Programme offert par l'ONG Freedom from Hunger. On doit porter attention à la qualité du counseling en nutrition.
Services nutritionnels intégrés en institution tels que IMCI (suppléments en micronutriments, suivi de la croissance, éducation en nutrition, nutrition prénatale, soins des personnes gravement mal nourries)	AIN au Honduras		–	Il est essentiel d'éduquer le personnel médical et infirmier sur les questions de l'allaitement maternel, de l'alimentation du nourrisson, de la croissance et des micronutriments.

– = non disponible

a. La détermination des coûts est un exercice complexe et les coûts présentés ici, qui sont extraits de diverses sources, ne sont pas nécessairement comparables. L'information est incluse simplement pour souligner le fait que la détermination des coûts est un élément important lorsqu'on établit des priorités.

Annexe 2

Les approches longues pour améliorer la nutrition

La croissance économique

La croissance économique est sans doute la plus importante approche longue pour améliorer la nutrition. Bien que la qualité de la nutrition soit corrélée avec le revenu, aussi bien parmi les pays qu'au cours des années dans un seul pays, les améliorations prennent beaucoup de temps à se réaliser – une période pendant laquelle de nombreux enfants subissent des dommages irréparables à leur capital humain. Haddad *et al*. (2002) ont estimé que les pays qui connaissent une croissance de 2,5 % du PIB per capita peuvent s'attendre à voir une réduction de 27 % de l'insuffisance pondérale chez les enfants d'âge préscolaire entre 1990 et 2015.

Les politiques macroéconomiques

Les politiques macroéconomiques, en particulier les politiques commerciales, peuvent affecter considérablement autant l'offre que la demande de nourriture. Les réformes peuvent avoir un impact rapide sur le revenu des pauvres, mais leur effet sur la nutrition est moins direct, et il a été souvent démontré que les réformes qui favorisent les pauvres sont politiquement plus difficiles à mettre en vigueur. Comme on l'a observé au Sahel en 1996 lorsque le franc CFA a été dévalué, les changements dans les taux de change ont un effet immédiat et considérable sur la consommation de nourriture des pauvres comme des riches. Malheureusement, les contrôles étatiques sur les marchés alimentaires (tarifs douaniers, subventions, contrôles de prix, magasins de distribution des rations alimentaires, propriété publique des meuneries et offices parapublics de gestion de l'offre) sont souvent impuissants à aider les pauvres, même s'ils drainent les trésors publics[1]. Des réformes de ces programmes peuvent permettre d'améliorer la nutrition ou la consommation de nourriture des personnes pauvres tout en réduisant les dépenses publiques (cela se fait toutefois habituellement en réduisant les bénéfices

reçus par les populations riches et politiquement influentes). Les réformes les plus pertinentes peuvent être déterminées par une analyse méticuleuse de l'impact des changements de politique sur la consommation de nourriture par les pauvres. Un bon exemple de ce type d'analyse est le Prêt d'ajustement du secteur agricole en Roumanie[2], qui a établi le caractère régressif des subventions et tarifs douaniers dans le domaine alimentaire et a permis en même temps de renforcer la capacité locale pour mener des analyses de politiques alimentaires.

L'éducation et le statut amélioré des femmes

L'éducation des femmes et l'amélioration de leur statut sont des approches longues importantes dans l'objectif d'améliorer la nutrition[3]. Une vaste étude transnationale a permis d'établir que le niveau d'éducation des femmes a plus d'influence sur la nutrition des enfants que la disponibilité de la nourriture, le statut des femmes et l'accès à l'eau potable[4]. L'amélioration de l'éducation des femmes et de leur statut est évidemment souhaitable pour plusieurs raisons, mais le délai entre le moment où les jeunes filles commencent à aller à l'école et celui où elles ont leur premier enfant (qu'on peut espérer plus long grâce à un allongement de la scolarité), et le rythme lent d'amélioration de la condition des femmes en font des approches longues pour améliorer la nutrition. Une analyse a montré qu'en Éthiopie l'allongement de la scolarité, la sécurité alimentaire et la croissance du revenu prendraient trop de temps avant d'avoir un impact sur la malnutrition des enfants d'âge préscolaire, mais que des programmes communautaires de promotion de la croissance pourraient accélérer et concrétiser leurs effets sur la nutrition[5]. L'impact nutritionnel des programmes de promotion de la croissance chez 25 % des enfants équivaut à la scolarité primaire d'une femme adulte par ménage. Cet effet avait déjà été observé dans le Projet de développement de la nutrition en Indonésie, un projet appuyé par la Banque mondiale où l'on montrait que la promotion de la croissance avait le plus d'effet sur les mères ayant le moins d'éducation[6].

La charge de travail des femmes

La charge de travail des femmes a aussi un impact important sur la nutrition. Les femmes travaillent comme agricultrices et comme salariées, et elles sont responsables de l'essentiel du travail d'entretien au sein de la famille (cuisine, lessive, soins des enfants). Le revenu des femmes peut avoir un effet positif important sur la nutrition des enfants, si les dispositions concernant la garde d'enfants sont adéquates. En réduisant cette charge de travail grâce à des outils économiques sur le plan de la main-d'œuvre (moulins à légumes, brouettes, fours plus performants, source d'eau), on peut libérer du temps et de l'énergie pour se concentrer davantage sur la

nutrition, autant à l'avantage de la femme que de son enfant. De nombreux programmes de développement s'attendent à ce que les femmes en « fassent plus » pour la santé alors qu'elles n'ont aucun moment de libre. L'amélioration de la nutrition des femmes et des enfants dépend de manière critique d'une plus grande attention accordée au revenu des femmes, à leur contrôle sur les ressources et à leur dépense d'énergie.

La production de nourriture

La production de nourriture constitue également une approche longue pour améliorer la nutrition. Les gens tendent à être mieux nourris dans les pays où la disponibilité de la nourriture est plus grande. Néanmoins, la nutrition ne suit pas à la trace la disponibilité de la nourriture au sein d'un pays au cours du temps. Cela découle indubitablement du fait que ceux qui ont le plus besoin de nourriture sont probablement incapables d'augmenter la production ou leur pouvoir d'achat à court terme, à moins que des efforts explicites soient faits pour accroître leur accès économique à la nourriture. Comme l'ont aussi montré des études sur la commercialisation agricole effectuées par l'Institut international de recherche sur les politiques nutritionnelles[7], l'effet du revenu sur la nutrition est modéré par le contrôle des femmes sur l'argent qu'elles gagnent et sur la gestion de leur temps[8].

La fourniture d'eau et l'hygiène publique

La diarrhée, une cause majeure de la malnutrition, est fortement liée à l'accès et à la qualité de l'eau[9]. Il n'est donc pas surprenant qu'il ait été montré que la fourniture d'eau et l'hygiène publique ont un effet sur la nutrition[10]. Les programmes de fourniture d'eau non seulement réduisent la transmission de maladies d'origine hydrique, mais permettent aussi aux femmes d'économiser du temps et de l'énergie qui seraient autrement utilisés pour transporter de l'eau. Le temps libre peut être consacré aux soins et à l'alimentation des enfants ou à une activité génératrice de revenu, alors que l'énergie physique économisée profite aux femmes sous-alimentées. On pourrait constater que les programmes d'eau et d'hygiène publique ont un rapport coûts-bénéfices plus intéressant si on mesurait leur effet sur l'amélioration de la nutrition.

La planification familiale

La relation entre la nutrition et la fertilité est complexe. D'une part, l'allaitement exclusif (possiblement la plus importante intervention en matière de nutrition) réduit la fertilité. D'autre part, une parité élevée et des accouchements rapprochés sont associés à une moins bonne nutrition chez

l'enfant et à un épuisement nutritionnel chez la mère. La planification familiale affecte la nutrition à la fois en augmentant les ressources maternelles pour chacun des enfants et en améliorant la santé des femmes. De tels programmes évaluent rarement la nutrition en tant que résultat, mais il est probable qu'un programme efficace de planification familiale ait un effet positif substantiel sur la nutrition. Les programmes visant la santé des mères et la planification familiale constituent ainsi une autre approche longue pour améliorer la nutrition.

Notes

1. Alderman et Lindert, 1998 ; Adams, 1998 ; Tuck et Lindert, 1996 ; Banque mondiale, 2001c.
2. Esanu et Lindert, 1996.
3. Smith *et al.*, 2003 ; le statut des femmes est observé de façon intermédiaire par le fait qu'elles travaillent ou non pour obtenir un revenu, leur âge au moment du premier mariage, la différence d'âge et l'écart de scolarisation avec leur mari.
4. Smith et Haddad, 2000.
5. Christiaensen et Alderman, 2004.
6. Manoff International, Inc., 1984.
7. Von Braun, 1995.
8. Haddad *et al.*, 1996.
9. Cairncross et Valdimanis, 2004.
10. Anderson, 1981 ; Burger et Esrey, 1995.

Annexe 3

Une proposition de priorités pour la recherche active sur la nutrition

Repositionner la nutrition parmi les priorités du développement

Une nouvelle perspective sur la programmation est en voie d'émerger aux niveaux mondial et national. La transition en cours des projets vers les programmes, des approches verticales qui se concentrent sur des maladies spécifiques vers les approches sectorielles et le soutien budgétaire, est un reflet de ces changements. Les rôles de la société civile et du secteur privé acquièrent de l'importance dans les questions de santé et de nutrition au niveau mondial. Les partenaires du développement n'ont jamais autant mis l'accent sur l'obtention de résultats. Ces changements demandent quelques ajustements dans la façon de faire avancer les dossiers de la nutrition. Quatre domaines clés de la recherche active ont un rôle critique à jouer dans ces ajustements :

- *Repositionner la nutrition au sein des programmes de santé, d'agriculture, de développement rural, d'éducation et de protection sociale.* Comme le confirme le tableau général brossé dans le chapitre 1, il semble maintenant certain que plusieurs des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé et à d'autres questions ne pourront être atteints sans investissement dans la nutrition. Selon certaines observations, des programmes d'éducation à la nutrition et d'autres interventions agissant sur la demande pourraient être nécessaires mais non suffisants pour améliorer les résultats, à moins que ces efforts soient liés à des interventions agissant sur l'offre telles qu'un accès accru à des services de santé, à des suppléments et à un enrichissement en micronutriments, à des aliments complémentaires, et à des fruits et légumes moins dispendieux pour combattre le surpoids. Des programmes dans divers secteurs ont cherché à inclure des interventions pour améliorer la nutrition. Très peu d'information est toutefois disponible sur les moyens d'y parvenir ou sur les approches qui

fonctionnent bien. Une bourse de développement appuyée par la Banque mondiale au Centre international pour la recherche sur les maladies diarrhéiques du Bangladesh (ICDDR, B) permettra d'étudier les occasions d'inclure des questions de nutrition dans les programmes visant la santé de la mère et de l'enfant. Il serait utile d'examiner et d'appuyer des expériences similaires dans d'autres secteurs.
- *Élaborer des lignes directrices et des outils pour évaluer la capacité institutionnelle.* Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, les arrangements et la capacité institutionnels imposent une limite incontournable aux interventions en matière de nutrition[1]. De nombreux programmes échouent parce que trop peu d'efforts sont investis dans l'évaluation des capacités et la détermination des besoins sur le plan des capacités. L'élaboration de lignes directrices et d'outils pour évaluer la capacité institutionnelle et pour déterminer les meilleures pratiques sur le plan des arrangements institutionnels dans les scénarios élaborés pour plusieurs pays sera d'une importance critique pour aider ces pays à faire des choix rationnels dans l'expansion de leurs programmes. On doit étudier davantage les options disponibles sur le plan des ressources humaines pour la fourniture de services nutritionnels selon différents arrangements institutionnels, de même que la gestion et les implications financières.
- *Renforcer l'engagement envers la nutrition.* Comment ces approches visant à renforcer l'engagement varient-elles selon les différentes circonstances de chaque pays, et comment les intervenants aux niveaux local et international peuvent-ils coopérer le plus efficacement pour renforcer cet engagement ?
- *Déterminer les coûts et financer les interventions et les approches dans la fourniture de services selon les diverses circonstances de chaque pays.* Le Consensus de Copenhague (Behrman, Alderman et Hoddinott, 2004) a montré que les interventions en matière de nutrition se classent tout au sommet parmi les multiples interventions disponibles en termes de coûts-bénéfices. Bien que certains renseignements soient disponibles pour déterminer les coûts d'interventions spécifiques, on a très peu de renseignements sur les programmes à grande échelle et sur les niveaux d'investissement nécessaires pour atteindre les OMD relatifs à la nutrition.

Renforcer et calibrer les mécanismes de fourniture des services

- *Explorer la possibilité de reproduire les nouveaux mécanismes de fourniture de services nutritionnels.* Là où les capacités gouvernementales de mise en œuvre sont limitées, des pays comme le Bangladesh ont cherché des moyens de fournir des services par l'entremise d'organisations non gouvernementales (ONG). Les leçons apprises indiquent que cela pourrait justifier une capacité alternative pour offrir du travail en sous-traitance et gérer les ONG. Dans d'autres pays (comme au Mexique et

au Honduras), les transferts monétaires conditionnels ont été utilisés comme moyen de renforcer l'utilisation des services nutritionnels et de santé. Dans le domaine des micronutriments, on explore la possibilité de mettre en place des partenariats public-privé et des alliances. Les expériences et les connaissances tirées de ces innovations doivent être testées dans d'autres environnements pour être adaptées et mises en pratique à plus grande échelle.

- *Effectuer des recherches pour mieux comprendre à quel point les suppléments en micronutriments peuvent avoir un effet (et pour quels micronutriments), combien de temps on doit les utiliser selon les conditions, et si l'enrichissement ou les stratégies alimentaires sont suffisantes.* L'efficacité de la biofortification et d'autres stratégies alimentaires émergentes pour contrôler les carences en micronutriments est évaluée par des initiatives telles que le programme Harvest Plus. Ces stratégies ont un potentiel immense qui doit être maximisé.
- *Déterminer la rentabilité des suppléments nutritionnels (combinés à une éducation à la nutrition) et les conditions dans lesquelles les coûts pourraient dépasser les bénéfices potentiels.* Les suppléments nutritionnels consomment souvent la moitié ou plus des budgets des programmes. Les expériences indiquent que, pour être efficaces, les suppléments nutritionnels doivent être combinés à une éducation à la nutrition dans des programmes de promotion de la croissance ou par d'autres stratégies, en particulier pour les jeunes enfants. On ne possède toutefois pas de données claires sur les meilleurs mécanismes de ciblage et sur les conditions dans lesquelles les coûts pourraient dépasser les bénéfices.
- *Concevoir des méthodologies pour susciter un consensus parmi les intervenants.* Des consensus doivent être atteints sur l'interprétation à donner aux résultats des recherches opérationnelles et sur le suivi et l'évaluation, de même que sur la vision programmatique et les capacités de calibrer les stratégies sur la base de ces données.

Renforcer la collecte de données

- *Élaborer des stratégies fondées sur des données concrètes pour prévenir et réduire le surpoids et les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire.* Il s'agit d'un défi crucial puisqu'il touche autant les pays riches que les pays pauvres. Ces problèmes contribuent substantiellement aux maladies chroniques et à la mortalité, et ont également un impact sur la croissance économique. Renverser la tendance à la hausse des cas de surcharge pondérale permettrait d'économiser d'énormes sommes au niveau des dépenses publiques autant dans les pays à faible revenu qu'à revenu intermédiaire. Les pauvres qui vivent dans des pays où le statut socioéconomique de la population est faible (avec un PNB

per capita inférieur à 2 500 $) sont peut-être protégés contre l'obésité ; mais les pauvres qui vivent dans des pays à revenu intermédiaire supérieur (avec un PNB per capita supérieur à 2 500 $) sont beaucoup plus susceptibles de devenir obèses[2]. De plus, l'hypothèse de Barker laisse croire que la privation de nourriture durant la grossesse peut faire en sorte que les bébés nés avec un faible poids seront plus susceptibles de souffrir de maladies cardiovasculaires et de diabète[3]. De plus, dans plusieurs régions, l'obésité coexiste avec l'insuffisance pondérale[4]. L'information disponible est toutefois très limitée en ce qui a trait à l'ampleur du problème de surpoids, au lien avec les MNT liées au régime alimentaire et aux interventions à grande échelle pour s'y attaquer. On devrait donc s'atteler de façon prioritaire à tenter d'en savoir plus sur ces questions dans la mesure où l'on se tourne vers des interventions à grande échelle.

- *Déterminer l'efficacité des différentes interventions en matière de nutrition pour prévenir et mitiger les effets du VIH/sida.* On retrouve parmi ces interventions la possibilité de prévenir la transmission du VIH / sida de la mère à l'enfant au moyen de l'allaitement exclusif ; l'amélioration de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale par la nutrition ; et le rôle de la sécurité alimentaire dans la réduction des risques d'infection au VIH.
- *Se servir des données sur la nutrition dans les projets de suivi plus globaux.* Plusieurs projets de suivi des questions de santé et de pauvreté à l'échelle mondiale (comme le Health Metrics Network) sont en voie d'être élaborés. Les partenaires du développement et les agences de financement sont prêts à appuyer des systèmes intégrés, et il est important d'inclure les indicateurs pertinents concernant la nutrition à ces projets. Cela nécessitera un certain appui sur le plan de la recherche.
- *Élaborer des méthodes d'évaluation des interventions en matière de nutrition dans le contexte des approches programmatiques telles que les approches sectorielles (SWAp) et les crédits d'appui à la stratégie de lutte contre la pauvreté (PRSC).* Les méthodes d'évaluation actuelles pourraient devoir être ajustées et adaptées à ces nouvelles approches. De plus, les indicateurs utilisés pour estimer les progrès dans le domaine de la nutrition sont beaucoup plus difficiles à appliquer que dans d'autres secteurs. Par exemple, l'indicateur de progrès de l'OMD pour le secteur de l'éducation est le taux d'inscription à l'école. L'indicateur pour la nutrition est le taux d'insuffisance pondérale. Alors que l'indicateur pour l'éducation ressemble beaucoup plus à un indicateur de processus ou de résultats, l'indicateur pour la nutrition en est plutôt un d'impact – et l'horizon temporel pour avoir un effet sur les taux d'insuffisance pondérale est beaucoup plus éloigné que pour ce qui est des inscriptions à l'école. Dans le choix d'indicateurs, on a peut-être imposé une norme plus élevée à la nutrition qu'aux autres secteurs. Cette question exige de la

recherche additionnelle. De plus, de nombreuses évaluations traditionnelles de programmes en matière de nutrition se sont penchées sur les bénéfices qu'en retirent les groupes dans leur ensemble – par exemple, on a cherché à connaître l'impact des programmes de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance sur toutes les femmes enceintes. La recherche la plus récente confirme cependant que ces bénéfices pourraient être inégalement distribués au sein de ces groupes (par exemple les plus pauvres ou les plus gravement mal nourris pourraient bénéficier davantage), ou encore que les bénéfices pourraient être distribués différemment dans la dyade mère-enfant selon les situations. Malgré cela, les méthodes d'évaluation utilisées limitent souvent la taille et la nature des bénéfices qui peuvent être détectés.

Notes

1. Heaver, 2002.
2. Monteiro *et al.*, 2004.
3. Panneth et Susser, 1995.
4. Caballero, 2005.

Annexes techniques

Annexe 1.1

Dix facteurs de risque qui contribuent de façon importante au fardeau de la maladie

	Pays en développement avec un taux élevé de mortalité infantile et un taux élevé ou très élevé de mortalité adulte[a]		*Pays en développement avec un faible taux de mortalité infantile et adulte*[b]		*Pays développés avec un faible ou très faible taux de mortalité infantile*[c]	
	Facteur de risque	*% AVAI*	*Facteur de risque*	*% AVAI*	*Facteur de risque*	*% AVAI*
1.	Insuffisance pondérale	14,9	Alcool	6,2	Tabagisme	12,2
2.	Relations sexuelles non protégées	10,2	Pression artérielle	5,0	Pression artérielle	10,9
3.	Eau non potable / système d'hygiène publique déficient / hygiène déficiente	5,5	Tabagisme	4,0	Alcool	9,2
4.	Fumée à l'intérieur de l'habitation en provenance d'un combustible solide	3,7	Insuffisance pondérale	3,1	Cholestérol	7,6
5.	Carence en zinc	3,2	Surcharge pondérale	2,7	Surcharge pondérale	7,4
6.	Carence en fer	3,1	Cholestérol	2,1	Faible consommation de fruits et légumes	3,9
7.	Carence en vitamine A	3,0	Faible consommation de fruits et légumes	1,9	Inactivité physique	3,3
8.	Pression artérielle	2,5	Fumée à l'intérieur de l'habitation en provenance d'un combustible solide	1,9	Drogues illicites	1,8
9.	Tabagisme	2,0	Carence en fer	1,8	Relations sexuelles non protégées	0,8
10	Cholestérol	1,9	Eau non potable / système d'hygiène publique déficient / hygiène déficiente	1,7	Carence en fer	0,7

Source : OMS, 2002.
Note : Les calculs sont fondés sur les régions de l'OMS :
[a] = Afrique – D, Afrique – E, Amérique – D, Méditerranée orientale – D, Asie du Sud-Est – D
[b] = Amérique – B, Méditerranée orientale – B, Asie du Sud-Est – B, Pacifique occidental – B
[c] = Amérique – A, Europe – A, Europe – B, Europe – C, Pacifique occidental – A
Le fardeau des maladies liées aux relations sexuelles non protégées provient du VIH/sida et des maladies transmises sexuellement ; le fardeau des maladies liées à la carence en fer est attribuable à des causes maternelles ou périnatales, en plus des effets directs de l'anémie ; le fardeau des maladies liées à une eau non potable, un système d'hygiène publique déficient et une hygiène déficiente provient des maladies diarrhéiques.
AVAI : Années de vie ajustées sur l'incapacité

Annexe 1.2

Les tendances de certains indicateurs de développement dans les pays en développement

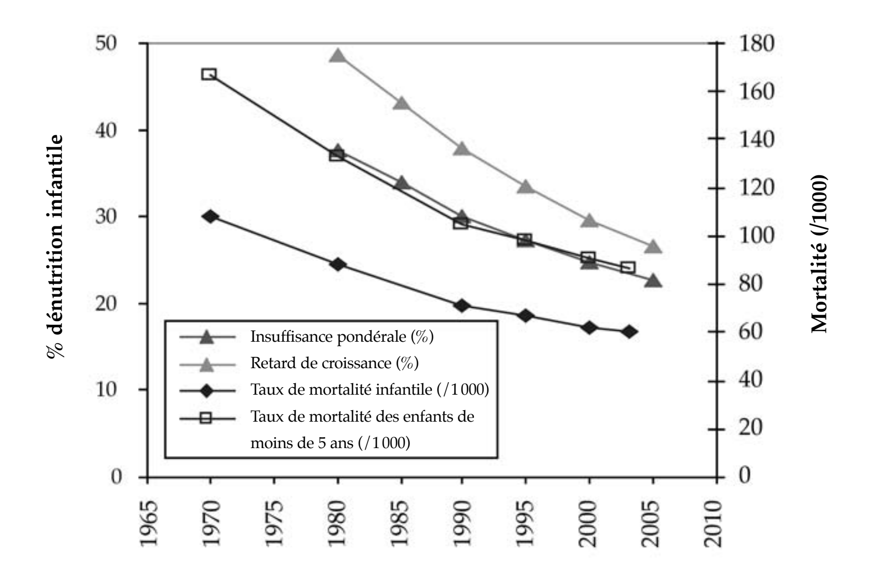
	1970	*1975*	*1980*	*1981*	*1984*	*1985*	*1987*	*1990*	*1993*	*1995*	*1996*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2005*	*TVA*
Taux de mortalité infantile (/1 000)	108		88					71		67			62			60		-1,80
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (/1 000)	167		133					105		98			91			87		-1,99
Disponibilité énergétique alimentaire (cal)	2 110	2 146	2 308			2 444		2 520		2 602			2 654					0,83
Insuffisance pondérale (%)			37,6			33,9		30,1		27,3			24,8				22,7	-2,99
Retard de croissance (%)			48,6			43,2		37,9		33,5			29,6				26,5	-2,03
Personnes pauvres (%)				40,4	32,8		28,4	27,9	26,3		22,8	21,8		21,1				-2,45

TVA = Taux de variation annuelle

Source : Taux de mortalité infantile et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : www.childinfo.org ; insuffisance pondérale et retard de croissance : SCN, 2004 ; personnes pauvres : Chen et Ravallion, 2004 ; disponibilité énergétique alimentaire : Base de données statistiques de la FAO, 2005.

Note : La disponibilité énergique alimentaire par habitant est une moyenne sur trois ans.

Figure A.1 Tendances de certains indicateurs de développement dans les pays en développement



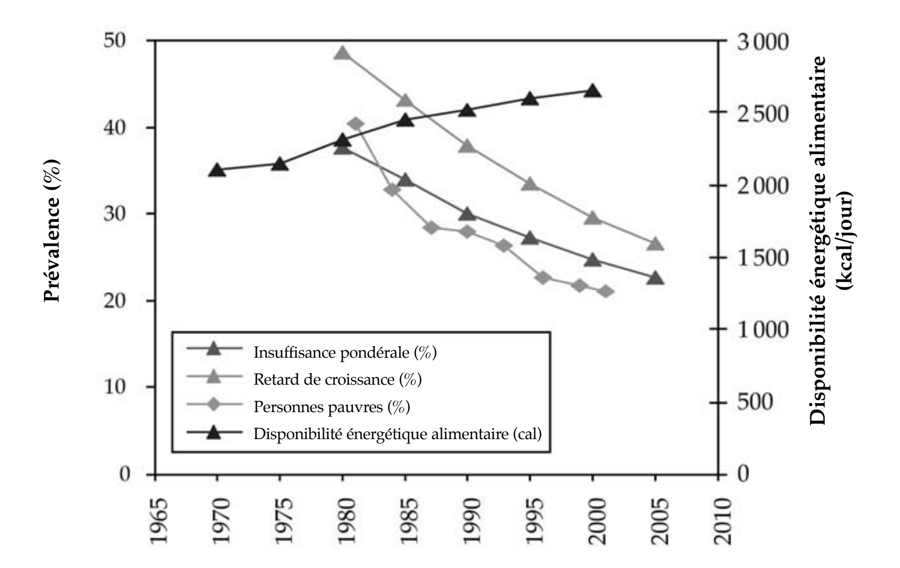
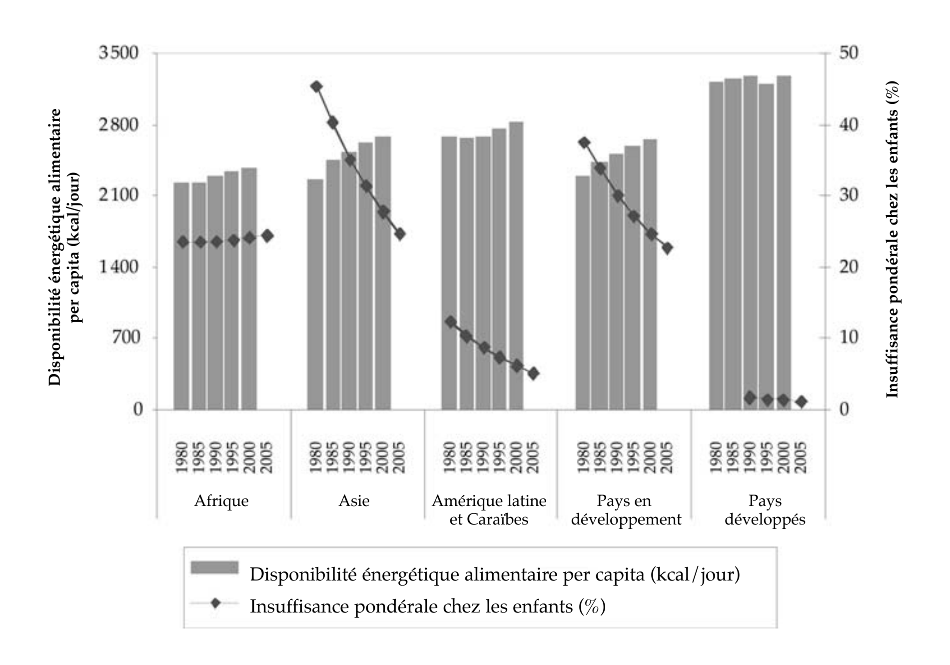


Figure A.2 **Différences régionales entre les niveaux agrégés de disponibilité énergétique alimentaire et d'insuffisance pondérale chez les enfants**



Source : SCN, 2004 ; Base de données statistiques de la FAO, 2005.

Annexe 1.3

Pourcentage de réduction dans la prévalence de la malnutrition entre 1990 et 2015 et nombre d'années nécessaires pour réduire de moitié la prévalence de la malnutrition uniquement par la croissance économique

	Réduction de la prévalence de la malnutrition (%), 1990-2015			*Années nécessaires pour réduire de moitié la prévalence de la malnutrition*		
Élasticité Croissance économique	*-0,3*	*-0,5*	*-0,7*	*-0,3*	*-0,5*	*-0,7*
0,5	3,7	6,1	8,4	461,8	276,9	197,7
1,0	7,2	11,8	16,1	230,7	138,3	98,7
1,5	10,7	17,2	23,2	153,7	92,1	65,7
2,0	14,0	22,2	29,7	115,2	69,0	49,2
2,5	17,2	27,0	35,7	92,1	55,1	39,3
3,0	20,2	31,5	41,2	76,7	45,9	32,7
3,5	23,2	35,7	46,2	65,7	39,3	27,9
4,0	26,1	39,7	50,8	57,4	34,3	24,4
4,5	28,8	43,4	55,1	51,0	30,5	21,7
5,0	31,5	46,9	59,0	45,9	27,4	19,5
5,5	34,0	50,2	62,5	41,7	24,9	17,7
6,0	36,5	53,3	65,8	38,2	22,8	16,2
6,5	38,9	56,2	68,8	35,2	21,0	14,9
7,0	41,2	59,0	71,5	32,7	19,5	13,8
7,5	43,4	61,5	74,0	30,5	18,1	12,9
8,0	45,5	64,0	76,3	28,5	17,0	12,0
8,5	47,6	66,2	78,4	26,8	16,0	11,3
9,0	49,6	68,4	80,3	25,3	15,1	10,7
9,5	51,5	70,4	82,1	24,0	14,2	10,1
10,0	53,3	72,3	83,7	22,8	13,5	9,6

Source : Calculs de l'auteur selon différentes hypothèses de croissance du PIB per capita (0,5 à 10,0 %) et d'élasticité (-0,3 à -0,7).

Par exemple, dans un pays où la croissance annuelle du PIB per capita est de 2,5 % et l'élasticité est de -0,5, on peut s'attendre à une réduction de 27 % des taux d'insuffisance pondérale entre 1990 et 2015.

Annexe 2.1

Prévalence estimative de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire, par région

Retard de croissance	*1980*	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*	*2005*
Afrique	39,0	37,8	36,9	36,1	35,2	34,5
Asie	55,1	48,2	41,1	35,4	30,1	25,7
Am. latine et C.	24,3	21,1	18,3	15,9	13,7	11,8
Pays en dével.	48,6	43,2	37,9	33,5	29,6	26,5
Pays dével.			2,8	2,8	2,7	2,6
Monde			33,5	29,9	26,7	24,1

Insuffisance pondérale	*1980*	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*	*2005*
Afrique	23,5	23,5	23,6	23,9	24,2	24,5
Asie	45,4	40,5	35,1	31,5	27,9	24,8
Am. latine et C.	12,5	10,5	8,7	7,3	6,1	5,0
Pays en dével.	37,6	33,9	30,1	27,3	24,8	22,7
Pays dével.			1,6	1,4	1,3	1,1
Monde			26,5	24,3	22,2	20,6

Surcharge pondérale	*1980*	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*	*2005*
Afrique				3,3	4,2	5,2
Asie				2,6	2,5	2,5
Am. latine et C.				4,4	4,3	4,3
Pays en dével.				2,9	3,0	3,4

Source : SCN, 2004 ; de Onis, 2004a.

Annexe 3.1

L'obésité et les maladies chroniques dans les pays en développement

De nombreux pays en développement commencent à connaître une évolution parallèle à celle des pays développés, avec une prévalence accrue de surpoids et d'obésité ainsi que des comorbidités qui y sont associées sur le plan des maladies chroniques. Le surpoids et l'obésité augmentent les risques qu'un individu souffre de dyslipidémie, d'hypertension, d'hyperinsulinisme, de résistance à l'insuline et de diabète, des conditions qui augmentent toutes les risques de maladies cardiovasculaires. Les personnes obèses peuvent également souffrir de troubles respiratoires et de certains types de cancer. En 2001, on estimait que les maladies chroniques contribuaient à environ 60 % des 56,5 millions de décès rapportés dans le monde et à environ 46 % du fardeau global de la maladie. Réagissant à cette tendance, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment émis un signal d'alarme pour que le surpoids et l'obésité deviennent une priorité des politiques et programmes de santé publique.

De nombreuses raisons expliquent la prévalence remarquablement élevée de surcharge pondérale et d'obésité et des comorbidités qui y sont associées dans les pays en développement. Des facteurs comportementaux, incluant le régime alimentaire, le manque d'activité physique et les comportements sédentaires, ont fortement contribué à la montée de l'obésité. La consommation de gras total, de produits animaux et de sucre augmente en même temps que la consommation de céréales, de fruits et de légumes diminue. Une deuxième cause tout aussi importante est celle de la diminution de la dépense énergétique, qui s'explique par un style de vie de plus en plus sédentaire et par le nombre décroissant d'occupations qui nécessitent beaucoup de travail physique. Des changements majeurs dans les styles de vie sont survenus au cours des dernières décennies et ont créé un environnement susceptible de favoriser la prise de poids à cause de l'accès facile à des aliments à haute densité énergétique combiné à un style de vie de plus en plus sédentaire.

Bien que l'obésité soit le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux, l'obésité et les maladies chroniques peuvent être prévenues dans une large mesure. Des preuves concluantes existent du fait que des facteurs sociétaux et environnementaux contribuent puissamment à la prise de poids. Au-delà des traitements médicaux nécessaires pour les personnes qui ont déjà un surpoids ou qui sont obèses, on utilise trop peu les possibilités de prévention primaire au moyen d'interventions rentables et durables. Étant donné les ressources limitées des pays en développement en particulier, il est clair que les programmes de prévention de l'obésité doivent être intégrés aux programmes nutritionnels existants. Malheureusement, on connaît peu de choses sur la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité au niveau d'une population dans son ensemble, particulièrement dans les pays en développement.

Les interventions qui s'attaquent au problème de l'obésité vont des consultations personnalisées avec un médecin dans une clinique de soins de première ligne aux politiques à grande échelle ou aux initiatives de sensibilisation sociale. Les interventions cliniques visent les adultes ou les enfants qui ont déjà un surpoids ou sont obèses. Il existe divers types d'interventions cliniques, qui comprennent la gestion du régime alimentaire, les programmes d'exercices, les traitements pharmacologiques, la psychothérapie, la modification du comportement et les traitements chirurgicaux. La plupart des traitements qui réussissent ont combiné un régime alimentaire et des exercices physiques avec une thérapie pour modifier le comportement.

Les programmes scolaires sont de plus en plus populaires aux États-Unis à cause de l'auditoire captif que constituent les enfants dans le contexte de l'école. Les résultats des études sur les interventions de type scolaire sont au mieux modestes et ne présentent pas toujours un caractère soutenu dans le temps. Les interventions en milieu de travail incluent la promotion de l'utilisation des escaliers, des installations sur place et des programmes pour se divertir en faisant de l'exercice, des incitations pour utiliser des moyens de transport actif pour se rendre au travail, et des conseils sur l'activité physique et la nutrition. Bien que la plupart des interventions en milieu de travail entraînent des changements de comportement à court terme, il est presque impossible de déterminer si elles sont responsables de changements dans l'indice de masse corporelle (IMC) ou l'adiposité des participants.

Les programmes qui connaissent le plus de succès ont adopté une approche communautaire et se sont attaqués à l'obésité par une série de voies différentes de façon simultanée. Les raisons clés qui expliquent ce succès sont l'approche environnementale et multidisciplinaire ; l'adaptation des programmes aux particularités locales ; l'analyse des normes culturelles et l'harmonisation des programmes avec ces valeurs ; l'adhésion à un modèle socioécologique de changement des comportements ; et l'approche pluraliste qui permet d'inclure plusieurs intervenants, notam-

ment les professionnels de la santé, les éducateurs et les responsables politiques. Malheureusement, plusieurs de ces types de programmes n'ont pas été suffisamment évalués. On n'observe pas toujours un effet sur l'IMC parmi ceux qui l'ont été, et pour certains, on a même observé une augmentation de l'IMC pendant la durée du programme.

Les possibilités sont très vastes pour ce qui est des politiques publiques et plusieurs ont obtenu des résultats mitigés. Les campagnes de marketing social n'ont eu qu'un succès marginal. Ces programmes ont généralement réussi à sensibiliser la population à propos des questions de santé, en particulier par l'entremise des médias de masse et des promotions au moment de l'achat, du marketing simultané dans plusieurs types de médias, et de la recherche sur les perceptions des consommateurs. Il est cependant très difficile d'observer un quelconque effet sur les changements de comportement au niveau individuel ou sur l'état de santé des gens.

Malgré l'efficacité apparente, bien que modeste, de plusieurs types d'intervention, des défis opérationnels existent toujours sur le plan de la lutte contre l'obésité dans les pays en développement. Le principal défi est le manque de financement et de capacité institutionnelle. De nombreuses autres questions politiques et économiques limitent l'efficacité des interventions dans les pays en développement, incluant le manque de compréhension de la part des décideurs clés, comme les ministres de la Santé, du fait que l'obésité et les maladies chroniques sont un enjeu critique et une menace à la santé publique ; une perception erronée par les responsables politiques que l'obésité est le résultat d'une irresponsabilité individuelle et qu'il s'agit donc d'un problème qui ne relève pas des politiques publiques ; et une présomption que le développement et la croissance économiques sont les objectifs les plus importants des pays en développement, sans considération pour les conséquences sur la santé qui découlent de cette croissance économique. Les économies en transition doivent également faire face à un défi connexe, celui de devoir lutter en même temps contre le double fardeau de la dénutrition et de la prévalence élevée de l'obésité. À ces obstacles politiques et économiques à une prévention et un contrôle efficaces de l'obésité s'ajoutent des normes culturelles et sociales bien enracinées qui retardent l'atteinte de cet objectif.

Des lacunes importantes ont été identifiées dans la recherche sur la prévention et la gestion du problème de l'obésité. La principale lacune est celle qui a trait au manque d'évaluation de haut niveau des interventions dans le domaine de la prévention de l'obésité. Une autre lacune importante est celle du manque de recherche sur les comportements, incluant l'étude des influences environnementales, familiales et sociales sur la consommation de nourriture et l'activité physique. On pourra certainement accroître la rentabilité de ces programmes et interventions en ciblant mieux les populations qui en profiteront le plus.

Source : Fernald, 2005.

Annexe 4.1

Les programmes nationaux pour améliorer la nutrition

A. Inde : Deux approches de distribution de suppléments nutritionnels – le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu et les Services intégrés de développement de l'enfance

Le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu (TINP) en Inde opérait dans environ 20 000 villages. Il a débuté en 1980 et a été absorbé par le Programme national intégré de services au développement de l'enfance (ICDS) en 1997. Les deux programmes avaient des approches très différentes en matière de distribution de suppléments nutritionnels.

Le TINP distribuait aux enfants une collation légèrement sucrée tôt le matin, qui était perçue par les mères comme un supplément plutôt que comme un repas. L'ICDS distribue de la nourriture à l'heure du déjeuner, ce qui remplace donc un repas à la maison. L'horaire de distribution de l'ICDS convient mieux aux enfants plus vieux, qui peuvent marcher jusqu'au centre de distribution. Au contraire, l'heure de distribution du TINP, tôt le matin, permettait aux mères d'emmener les enfants de moins de 3 ans – les plus vulnérables sur le plan nutritionnel – à leur centre avant d'aller au travail.

Le TINP distribuait des suppléments uniquement aux enfants qui souffraient de malnutrition ou dont la croissance était défaillante ; les enfants quittaient le programme lorsque leur croissance redevenait normale. L'ICDS nourrit un nombre spécifique d'enfants chaque jour, qui peuvent souffrir ou non de malnutrition ou de croissance défaillante. Comme les mêmes enfants sont nourris tous les jours, la nourriture est perçue comme un droit, plutôt que comme un supplément temporaire qui vise à remettre l'enfant sur pied et à montrer à la mère comment prévenir ou traiter la malnutrition au foyer en donnant des petites quantités abordables de nourriture additionnelle.

La méthode du TINP était à la fois plus efficace en termes de réduction de la malnutrition et moins coûteuse, parce que 25 % en moyenne des enfants recevaient des suppléments à chaque jour, contre 40 % pour l'ICDS. Mais comme différents enfants ne recevaient des suppléments

que lorsque leur croissance chancelait, 74 % des enfants qui profitaient du TINP ont reçu des suppléments à différents moments, ce qui a eu pour effet d'élargir la réception favorable au programme au sein des communautés.

Source : Heaver, 2003a.

B. Sénégal : Autonomiser les communautés en les impliquant dans la conception, la fourniture et la gestion des services

Dans le premier Projet de nutrition communautaire appuyé par la Banque mondiale au Sénégal :

- Les bénéficiaires ont influencé la conception des services lors d'une intervention pilote une année avant que le principal projet ne démarre. Ils ont établi les heures d'ouverture du centre de nutrition qui leur convenaient le mieux. Ils ont aussi insisté pour obtenir plus d'informations, d'éducation, de sessions de communication et de thèmes que ce que les concepteurs de l'intervention pilote avaient d'abord prévu.
- Des comités directeurs représentant la communauté ont approuvé le choix des conseillers en nutrition communautaires et les ont par la suite rencontrés ainsi que leur superviseur une fois par mois pour faire le point sur les progrès accomplis.
- Les conseillers en nutrition communautaires ont organisé des activités de « mobilisation sociale » deux fois par mois pour tenir la communauté informée des progrès.
- Les bénéficiaires du projet ont contribué pour environ 3 % des coûts d'administration des centres de nutrition ; le montant était symbolique, mais le principe de frais d'utilisation a fait en sorte de créer un lien de responsabilité envers la communauté.
- Pendant la durée du projet, on a encouragé les communautés à réfléchir aux problèmes locaux et à les régler. L'une des actions entreprises a été de mettre sur pied des services de garde d'enfants dans 137 centres de nutrition à la demande et avec l'appui financier de la communauté.
- Pendant la durée du projet, les communautés ont été impliquées dans des comités directeurs sur le terrain qui comprenaient les représentants locaux des ministères des Finances, de l'Action sociale, des Femmes, Enfants et Affaires familiales, et de la Santé ; l'organisme responsable du projet, les leaders des groupes féminins, des clubs de jeunes et des autres associations locales et organisations non gouvernementales ; et les personnalités religieuses locales. Ces comités ont facilité l'échange d'informations, la synchronisation des activités, le développement de bonnes relations interpersonnelles et le sentiment d'engagement des participants.

Source : Banque mondiale, 2001b.

C. Inde : Le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu – les considérations reliées à la conception et à la gestion au niveau micro

- *Critères de recrutement* : Les conseillères responsables de contacter des bénéficiaires potentiels devaient provenir de la même communauté. De plus, il devait s'agir autant que possible de femmes pauvres, mais dont les enfants étaient tout de même bien nourris. Avant même de commencer à fournir des conseils sur la nutrition, ces femmes offraient une preuve à la communauté que la pauvreté ne constituait pas nécessairement un obstacle à une bonne nutrition.
- *Procédures de travail* : Les procédures étaient clairement définies sur une base quotidienne, hebdomadaire et mensuelle. Par exemple, le suivi de la croissance se faisait les mêmes trois jours à chaque mois, de sorte que les femmes savaient quand elles devaient emmener leurs enfants au centre de nutrition. Cela permettait de réduire le nombre de visites à domicile que les conseillères devaient faire pour s'informer de l'état des enfants.
- *Supervision et formation* : On retrouvait un superviseur sur le terrain pour chaque groupe de 10 conseillères et un superviseur de haut rang pour chaque groupe de 60 à 70 conseillères. Le système de formation présentait un aspect innovateur en ce sens que le superviseur de haut rang était également responsable de former les conseillères avant et pendant le travail dans son secteur. Cela permettait d'adapter la formation aux besoins des conseillères et d'éviter les coûts d'entretien d'un réseau d'institutions de formation.
- *Système de gestion de l'information* : Chaque mois, des données montrant la proportion d'enfants ayant été pesés et le nombre de ceux qui souffrent de malnutrition étaient affichées sur un tableau à l'extérieur du centre de nutrition. Les communautés pouvaient ainsi suivre les progrès. Et chaque mois, les données en provenance de tous les centres étaient analysées par ordinateur, permettant d'identifier ceux dont les résultats étaient moins bons. Ces derniers faisaient alors l'objet d'une attention spéciale de la part des superviseurs, ce qui constituait une sorte de « gestion d'exception ».

Source : Heaver, 2003a.

D. Honduras : Le programme AIN-C – les considérations reliées à la conception et à la gestion au niveau micro

Le programme AIN-C (Atención Integral a la Niñez en la Comunidad – Soins intégrés à l'enfance et à la communauté) vise à promouvoir l'autonomie des personnes. L'accent est mis sur les familles de façon à les aider à améliorer les soins des enfants de moins de deux ans en utilisant leurs propres ressources, des études ayant démontré que 92 % des familles avaient

des ressources adéquates et que la malnutrition infantile était généralement causée par des comportements inappropriés. Cette approche diffère de celle des programmes qui présument que les familles n'ont pas les moyens de subvenir adéquatement aux besoins des enfants et qui offrent de la nourriture, des bons ou de l'argent aux parents d'enfants mal nourris.

Le système de gestion sur le terrain de AIN-C a été minutieusement peaufiné pendant une décennie et incorpore les meilleures pratiques d'autres programmes de type communautaire. Ses principales caractéristiques comprennent :

La simplicité. Tout comme le Projet de nutrition intégré du Tamil Nadu (TINP), AIN-C se concentre sur la croissance des enfants plutôt que sur leur statut nutritionnel. Mais contrairement au TINP, le système de suivi de la croissance d'AIN-C ne s'en remet pas à des conseillers qui tracent la courbe de croissance de chaque enfant sur un graphique à chaque mois. On donne plutôt aux conseillers un tableau avec des données montrant le poids qu'un enfant d'un âge donné (en année et en mois) doit prendre chaque mois. Les conseillers n'ont alors qu'à indiquer si oui ou non la prise de poids de l'enfant correspond à celle du tableau. Si ce n'est pas le cas, le conseiller doit discuter avec la mère des raisons de cette croissance lente et les deux doivent s'entendre sur des modifications de comportement spécifiques pour susciter une amélioration.

Les conseillers ont des fiches indiquant les conseils à donner, élaborées à partir d'essais de pratiques améliorées dans un processus de recherche sur la formation, qui les aident à adapter leurs conseils à la situation particulière d'une famille. Les fiches les aident à cibler les conseils selon l'âge de l'enfant, la prise de poids, l'état de santé et la pratique ou non de l'allaitement maternel. Les fiches peuvent suggérer différentes façons d'améliorer la situation, mais le conseiller sélectionne uniquement un ou deux comportements que la mère est prête à changer au cours du mois à venir. Ceux-ci peuvent être aussi simples que d'allaiter l'enfant aux deux seins à chaque session d'allaitement, ou de lui donner la moitié d'un tortilla lors de deux repas chaque jour. Le mois suivant, la mère voit les résultats en constatant la prise de poids de l'enfant, qui indique si le changement de comportement a fait ou non une différence.

Le suivi des progrès se fait au moyen d'un graphique innovateur à cinq colonnes (voir le modèle plus loin), qui compile les données concernant cinq indicateurs simples dans chaque village à chaque mois : le nombre d'enfants de moins de deux ans dans la communauté, le nombre d'enfants qui ont été pesés ce mois-là, le nombre de ceux qui ont pris un poids adéquat, le nombre de ceux qui n'ont pas pris un poids adéquat, et le nombre de ceux qui n'ont pas pris un poids adéquat depuis deux mois ou plus.

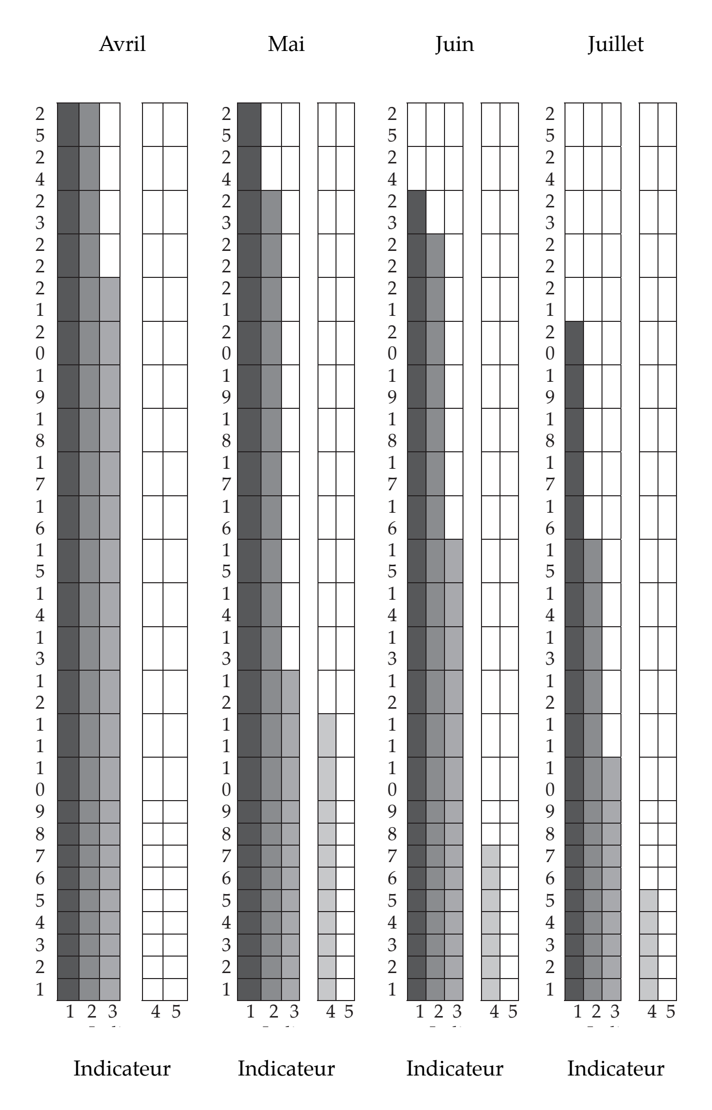
L'action communautaire. Une fois par trimestre, les données de suivi du mois précédent sont transmises à la communauté lors d'une réunion au cours de laquelle la communauté dans son ensemble prend des décisions et travaille collectivement au mieux-être de ses enfants. L'action collective est un élément crucial de la solution parce que de nombreux problèmes à l'origine de la faible croissance des enfants ne peuvent être résolus par la famille : les sources d'eau contaminées, la collecte des déchets, la garde d'enfants et les services inadéquats de la clinique de santé sont tous des problèmes qui ne peuvent être résolus que si les familles coordonnent leurs efforts.

Le traitement et la prévention. Une autre intervention importante est celle de la détection, de l'évaluation et du traitement des maladies courantes chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier la diarrhée et la pneumonie. Lorsque les agents communautaires ont bien maîtrisé les éléments essentiels du programme AIN-C qui visent les enfants de moins de deux ans et qui se concentrent sur des actions préventives à la maison, ils reçoivent une formation sur les questions reliées aux maladies et aux nouveau-nés (fondée sur l'approche de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance), qui met davantage l'accent sur la détection de signes avant-coureurs, la consultation médicale accélérée et certains traitements fournis par la communauté. On leur donne également des chronomètres pour diagnostiquer la respiration rapidement qui caractérise la pneumonie et des antibiotiques pour la traiter.

Le programme AIN-C a été étudié et adapté par d'autres pays dont la Bolivie, le Salvador, le Ghana, le Guatemala, le Nicaragua, l'Ouganda et la Zambie.

Source : Griffiths et McGuire, 2005.

Graphique à cinq colonnes tel qu'il est présenté à la communauté pour encourager la discussion sur l'évolution de la croissance de l'enfant



Indicateurs :

1. Nombre d'enfants de moins de deux ans inscrits dans le registre.
2. Nombre d'enfants de moins de deux ans qui ont participé à la session de prise de poids au cours de ce mois.
3. Nombre d'enfants de moins de deux ans qui ont pris un poids adéquat au cours du mois.
4. Nombre d'enfants de moins de deux ans qui n'ont pas pris un poids adéquat au cours du mois.
5. Nombre d'enfants de moins de deux ans qui n'ont pas pris un poids adéquat au cours des deux derniers mois.

E. Gérer des programmes multisectoriels : Que doit-on éviter de faire ? – L'expérience des projets appuyés par la Banque mondiale

- Le projet sur la sécurité alimentaire et l'action sociale du Rwanda a d'abord été pris en charge par le ministère des Finances ; celui-ci n'avait aucune expérience de la mise en œuvre de programme et aucune présence sur le terrain. Plus tard, la coordination intersectorielle a été transférée au ministère des Administrations régionales, qui s'en est occupé plus adéquatement.
- La responsabilité pour la coordination multisectorielle du Projet de nutrition intégré du Bangladesh avait été confiée à un niveau d'administration trop bas pour pouvoir être efficace. Elle avait été donnée à la Division de la nutrition intersectorielle au sein de l'unité de gestion des projets du ministère de la Santé, qui n'avait que très peu d'influence sur les autres agences participantes – c'est-à-dire le ministère de l'Agriculture et le ministère des Pêches et du Bétail.
- Aucun arrangement précis n'avait été pris pour gérer les questions de nutrition durant des activités reliées au développement de la petite enfance au sein du Projet sur la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant en Argentine, un projet soutenu par la Banque mondiale. Les centres de développement de la petite enfance bénéficiaient d'un solide appui parmi les membres de la communauté, mais d'aucune assise institutionnelle au sein du gouvernement, ni dans le ministère de l'Éducation, qui concentrait surtout ses efforts sur les écoles, ni dans le ministère de la Santé, qui était davantage préoccupé de renforcer ses propres cliniques que de rejoindre les enfants par des interventions nutritionnelles au moyen de centres préscolaires.

Source : Rapports de la Banque mondiale sur la complétion de la mise en œuvre des projets.

F. Thaïlande : Incorporer la nutrition dans les indicateurs de développement communautaire – le système d'information au niveau du village

Quatre ministères du gouvernement thaïlandais (Santé, Agriculture, Éducation et Intérieur), sous la direction du ministère de la Santé publique, ont développé conjointement le système de Besoins fondamentaux minimaux. On en a fait l'essai dans la province de Korat, dans le nord-est du pays, et il a ensuite été repris et appliqué à l'échelle du pays par le Conseil national de développement économique et social, le ministère qui s'occupe de la planification en Thaïlande.

Le système comprend 32 indicateurs, divisés en huit groupes :

Nourriture et nutrition adéquates

1. Une surveillance appropriée de la situation nutritionnelle de la naissance à l'âge de cinq ans, sans carence modérée ou grave en énergie protéinique.
2. Les enfants à l'école reçoivent des aliments adéquats pour répondre aux exigences en matière de nutrition.
3. Les femmes enceintes reçoivent des aliments adéquats de façon à accoucher de bébés dont le poids dépasse 3 000 grammes.

Logement et environnement adéquats

4. La maison durera au moins cinq ans.
5. Le logement et l'environnement sont ordonnés et on y trouve des conditions hygiéniques appropriées.
6. La maison contient des latrines hygiéniques.
7. Une eau potable et propre est disponible durant toute l'année.

Des services de santé et d'éducation de base adéquats

8. Une vaccination complète au BCG, contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, ainsi que contre la poliomyélithe, de même qu'un vaccin contre la rougeole pour les nourrissons de moins de un an.
9. L'éducation primaire pour tous les enfants.
10. La vaccination au BCG, contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, ainsi qu'un vaccin contre la fièvre typhoïde pour les enfants qui fréquentent l'école primaire.
11. L'alphabétisation des citoyens de 14 à 50 ans.
12. Des cours mensuels et de l'information sur les soins de santé, le travail et d'autres questions importantes pour la famille.
13. Des services prénataux adéquats.
14. Des services adéquats d'accouchement et de soins postnataux.

Sécurité et protection de la vie et de la propriété

15. Protection des personnes et de la propriété.

Efficacité de la production alimentaire par les familles

16. Faire pousser des cultures différentes ou des cultures qui enrichissent le sol.
17. Utiliser des fertilisants pour accroître les rendements.
18. Prévenir et contrôler l'apparition des insectes nuisibles.
19. Prévenir et contrôler les maladies animales.
20. Utiliser des plantes et des animaux appropriés sur le plan génétique.

Planification familiale

21. Une politique de deux enfants par famille et des services adéquats de planification familiale.

Participation des citoyens dans le développement de la communauté

22. Chaque famille participe aux activités des groupes d'entraide.
23. Le village est impliqué dans les activités de développement autonome.
24. On prend soin des édifices et espaces publics.
25. Protection et promotion de la culture.
26. Préservation des ressources naturelles.
27. Les citoyens participent activement au vote.
28. Le comité du village a le pouvoir de planifier et de mettre en œuvre des projets.

Développement spirituel et éthique

29. Faire preuve d'esprit de coopération et d'entraide dans le village.
30. Les membres de la famille sont impliqués dans les activités religieuses une fois par mois.
31. Les membres de la famille ne s'adonnent pas au jeu et ne deviennent pas dépendants de l'alcool ou d'autres drogues.
32. Niveau de vie et dépenses modestes.

Source : Heaver et Kachondam, 2002.

G. Thaïlande : La conception de partenariats en série – faire de la nutrition l'affaire de tous

Mettre en place un groupe de soutien au niveau technique

Les trois champions de la nutrition en Thaïlande (deux en provenance du secteur de la santé et un de l'agriculture) ont encouragé le développement d'un groupe plus étendu d'« amis de la nutrition » dans les différentes instances du gouvernement en envoyant ensemble à l'étranger des employés clés du ministère de la Planification et des agences sectorielles pour recevoir une formation sur la nutrition, et en organisant des séminaires de suivi réunissant les employés de différents ministères.

La communication de masse pour impliquer la société civile

Les champions de la nutrition ont obtenu l'appui du secteur privé pour financer une annonce publicitaire diffusée à de nombreuses reprises à la télévision, où l'on voit des enfants dans le nord-est du pays qui sont telle-

ment pauvres qu'ils doivent manger de la terre pour remplir leur estomac. Le fait qu'une telle situation puisse exister en Thaïlande a provoqué un sentiment de honte à l'échelle du pays.

Impliquer les principaux décideurs

Les champions ont convaincu les hauts gestionnaires des ministères des Finances et de la Planification que consacrer des fonds à la nutrition est un investissement plutôt qu'une dépense sociale, puisque cela rendra la Thaïlande plus productive et compétitive. Le gouvernement militaire a compris les avantages d'un programme de développement rural multisectoriel pour la stabilité et la sécurité nationales ainsi que pour le développement économique.

Élargir le consensus

Lorsque le soutien a été fermement établi au sein du gouvernement central, des séminaires à l'intention des gouverneurs provinciaux ont amené les gouvernements régionaux à se joindre au partenariat. Dans les villages, toutes les agences gouvernementales étaient impliquées dans les campagnes pour le développement communautaire, ce qui a permis de sensibiliser le public et d'encourager les gens à faire du bénévolat.

Des dispositions appropriées sur le plan de la gestion : un appui de haut niveau et des incitations organisationnelles

Un comité national sur la nutrition, présidé par le vice-premier ministre et comprenant des représentants de toutes les agences sectorielles concernées, a permis de mettre à l'avant-plan la question de la nutrition. Bien que l'allocation des fonds soit contrôlée par le ministère de la Planification, chaque agence sectorielle est responsable de la gestion du programme multisectoriel qui lui incombe, et chacune a donc l'impression que les questions de nutrition la concernent.

Source : Heaver et Kachondam, 2002.

H. Chine : Renforcer l'engagement n'est pas qu'une question de communication – le programme de contrôle de la carence en iode

Ce projet de 152 millions de dollars appuyé par la Banque mondiale, dont les résultats ont été considérés comme très satisfaisants, a introduit de nouvelles technologies dans 200 compagnies situées dans 31 provinces. Son succès s'explique notamment par ces facteurs :

- L'engagement envers l'iodation du sel a été stimulé avant le début du projet par un dialogue informel entre des représentants locaux du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) et de l'OMS, avant même que la Banque mondiale ne s'implique ; et par la participation des responsables politiques dans les rencontres internationales sous l'égide de l'Initiative Micronutriment.

- Il existait un plan élaboré pour s'assurer que l'engagement politique en haut lieu se répande parmi les partenaires à tous les niveaux. Le gouvernement s'est allié à des représentants de la société civile – par exemple la Fédération des femmes de Chine – pour mener des campagnes de sensibilisation pour le public sur l'importance de l'iodation. De plus :
  - On a développé une législation solide pour exiger que le sel soit iodé, de même qu'un cadre réglementaire contraignant pour s'assurer que cela se fasse concrètement.
  - Un projet autonome pour promouvoir l'iode a été élaboré à partir d'un prêt considérable pour le secteur de la santé : cela a permis de concentrer l'attention sur cette question.
  - L'industrie du sel a été chargée de mettre en œuvre le projet ; l'autorité et la responsabilité qu'on lui a confiées ont permis de garantir un engagement ferme envers une iodation efficace.
  - L'environnement était favorable : la préoccupation nationale pour les réformes industrielles a fait en sorte que le projet a été perçu comme une occasion de moderniser l'industrie, par le renforcement des capacités sur le plan de la gestion, du suivi, de l'emballage, du marketing et du contrôle de la qualité. L'industrie et le ministère de la Santé avaient ainsi comme objectif commun la réussite de la mise en œuvre du projet.
  - On a minutieusement élaboré un cadre de gestion de la mise en œuvre de façon à ce que tous les partenaires sachent ce qu'on attendait d'eux et soient conscients du suivi qui allait être fait.
  - Des administrateurs de haut rang de la Banque mondiale ont exprimé un intérêt marqué pour le projet et ont suivi de près ses progrès.
  - Une coordination serrée entre les partenaires du développement et une assistance technique informelle fournie de façon régulière par les agences locales de l'ONU ont aidé à maintenir l'engagement.
  - Les équipes chargées du projet pour le pays et la Banque mondiale n'ont pas subi de bouleversements importants.

Source : Banque mondiale, 2001a.

Annexe 4.2

La nutrition comme élément des services de santé

Les interventions liées à la croissance et au développement des enfants sont centrées sur la santé et la nutrition. On doit :

1. allaiter exclusivement durant les six premiers mois de la vie de l'enfant ;
2. le nourrir par la suite avec des aliments complémentaires fraîchement préparés, riches en énergie et en éléments nutritifs, tout en continuant à l'allaiter pendant deux ans ;
3. s'assurer de lui procurer des micronutriments adéquats par un régime alimentaire régulier ou des suppléments ;
4. continuer de nourrir les enfants malades et leur donner plus de liquides ;
5. s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent des soins prénataux appropriés ;
6. s'assurer que les enfants reçoivent tous les vaccins nécessaires ;
7. s'assurer que les enfants qui vivent dans des régions où le paludisme est endémique dorment sous des filets de lit traités à l'insecticide ;
8. donner un traitement approprié à la maison contre les infections, en particulier la réhydratation orale contre la diarrhée et les médicaments pour le paludisme ;
9. reconnaître lorsque les enfants malades ont besoin de soins professionnels et tenter de les obtenir ;
10. suivre les conseils du personnel de la santé à propos des traitements, du suivi et des consultations de spécialistes ;
11. se débarrasser des excréments d'une façon sécuritaire et se laver les mains ensuite avant de toucher à la nourriture ;
12. promouvoir le développement intellectuel et social de l'enfant par la parole, le jeu et un environnement stimulant.

Source : Hill, Kirkwood et Edmond, 2004.

L'approche BASICS

Les projets BASICS (Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant) sont des contrats de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) visant à prévenir les décès d'enfants qui

peuvent être évités dans les pays en développement (voir www.basics.org). L'actuel contrat de 100 millions de dollars du programme BASICS a débuté en octobre 2004. Il contribue à multiplier les interventions efficaces en faveur de la santé des enfants, notamment les programmes visant les nouveau-nés, la distribution de suppléments en vitamine A et d'autres interventions nutritionnelles essentielles, les campagnes de vaccination, le traitement du sida chez les enfants, le traitement de la diarrhée et de la pneumonie, et le contrôle du paludisme. Il appuie les activités pour accroître les interventions au sein des familles, des communautés et des systèmes de santé qui visent à améliorer la santé et la nutrition des enfants.

Les Actions essentielles en nutrition (ENA)* sont une approche développée dans le cadre du projet BASICS pour accroître la couverture de six interventions qui ont fait leurs preuves en matière de nutrition infantile par l'entremise des institutions de santé, des communautés et des canaux médiatiques :

- Allaitement exclusif pour les six premiers mois.
- Alimentation complémentaire adéquate à partir d'environ 6 mois jusqu'à 24 mois.
- Soins nutritifs appropriés pour les enfants malades et gravement mal nourris.
- Apport adéquat en vitamine A pour les femmes et les enfants.
- Apport adéquat en fer pour les femmes et les enfants.
- Apport adéquat en iode pour tous les membres de la famille.

Des expériences de mise en œuvre de l'approche ENA ont été réalisées au niveau communautaire au Bénin, en Éthiopie, au Ghana, à Madagascar et au Sénégal. L'approche a également été ajoutée à la formation des médecins et d'autres professionnels de la santé dans les facultés de médecine et les institutions de formation paramédicale en Éthiopie, au Ghana et à Madagascar. Le tableau qui suit illustre comment les différentes interventions en matière de nutrition peuvent être incorporées dans le travail régulier du personnel de la santé.

Les actions essentielles en nutrition dans les services de santé

Lors d'une consultation pour :	*Il faudrait offrir :*	*Cela devrait comprendre :*
Des soins prénataux	Des conseils sur l'allaitement.	L'allaitement devrait débuter tout de suite après l'accouchement, l'importance du colostrum et de l'allaitement exclusif, la résolution des problèmes qui empêchent l'allaitement, le régime alimentaire de la mère.

Lors d'une consultation pour :	*Il faudrait offrir :*	*Cela devrait comprendre :*
Des soins prénataux	Des suppléments en fer et en acide folique, et des conseils.	Un comprimé quotidien de 60 mg de fer durant six mois pendant la grossesse (180 comprimés), des conseils sur les effets secondaires et la conformité, quand et comment obtenir plus de comprimés.
Un accouchement et des soins post-partum.	Un soutien et des conseils pour l'allaitement (toutes les maternités devraient suivre les « 10 étapes des hôpitaux accueillants pour le bébé »).	Une initiation immédiate aux questions d'allaitement, une vérification de la position et de la prise du sein, la gestion des problèmes courants, l'allaitement exclusif pendant six mois, les dangers de donner de l'eau ou des liquides, comment tirer le lait.
	Des suppléments en vitamine A pour la mère.	Une dose de 200 000 UI administrée à la mère après l'accouchement (durant les premières huit semaines).
Des vérifications postnatales	Une vérification de l'allaitement exclusif, des conseils pour réitérer l'importance d'un bon régime alimentaire et du repos pour la mère.	Une évaluation et des conseils sur les problèmes, des connaissances sur la prévention de l'insuffisance de lait, sur la façon d'accroître la quantité de lait, la gestion des problèmes, le régime alimentaire de la mère.
Des vaccinations	Lors de la vaccination au BCG contre la tuberculose, une vérification des suppléments de vitamine A de la mère.	Une dose de 200 000 UI administrée aux mères durant les premières 8 semaines après l'accouchement (avant 6 semaines sans allaitement).

Lors d'une consultation pour :	*Il faudrait offrir :*	*Cela devrait comprendre :*
	Lors des Journées nationales de vaccination et des campagnes de sensibilisation à la vaccination, vérifier et compléter la consommation des enfants en vitamine A.	Une dose de 100 000 UI pour les nourrissons de 6 à 11 mois, et une dose de 200 000 UI pour les enfants de 12 à 59 mois, chaque 4 à 6 mois.
	Lors de la vaccination contre la poliomyélithe et la rougeole, une vérification de la consommation de vitamine A des enfants.	Une dose de 100 000 UI pour les nourrissons de 6 à 11 mois, et une dose de 200 000 UI pour les enfants de 12 à 59 mois, chaque 4 à 6 mois (pour les enfants de moins de 6 mois, on peut utiliser une dose de 50 000 UI).
Une vérification de la santé générale du bébé.	Une évaluation et des conseils sur l'allaitement, une évaluation et des conseils sur une alimentation complémentaire adéquate (utilisation des recommandations qui ont été adaptées à la situation locale).	Conseils et soutien pour l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois, conseils et appui pour une alimentation complémentaire adéquate de 6 à 24 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois, utilisation du sel iodé pour tous les plats cuisinés à la maison.
	Vérifier et compléter l'apport en vitamine A, en fer, et le protocole antipaludisme.	Voir plus haut les protocoles à la section Vaccination, INNACG, 1998.
Un enfant malade	Détection, traitement et référence à un spécialiste les cas de malnutrition grave, de carence en vitamine A et d'anémie.	Voir les protocoles de IMCI et de l'OMS, 1997, pour les cas de malnutrition grave, de carence en vitamine A et d'anémie.

Lors d'une consultation pour :	*Il faudrait offrir :*	*Cela devrait comprendre :*
	Vérifier et compléter le protocole relatif à la vitamine A.	Voir plus haut les protocoles à la section Vaccination. Fournir également des suppléments en vitamine A pour la rougeole, la diarrhée et la malnutrition, en accord avec l'OMS, UNICEF, IVACG.
	Une évaluation et des conseils sur l'allaitement, une évaluation et des conseils sur une alimentation complémentaire adéquate (utilisation des recommandations qui ont été adaptées à la situation locale).	Augmenter la fréquence de l'allaitement maternel pendant que l'enfant est malade, conseils et soutien pour l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois, conseils et appui pour une alimentation complémentaire adéquate de 6 à 24 mois, poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois, alimentation continue de l'enfant malade pour l'aider à se rétablir.

Source : Sanghvi *et al.*, 2003.
* Acharya *et al.*, 2004.

Annexe 5.1

Les domaines d'intérêt des partenaires du développement dans le domaine de la nutrition

Types	*Organisations*	*Malnutrition en général*	*Micronutriments*	*VIH et nutrition*	*Politique alimentaire / agriculture / dév. rural*	*Nutrition dans le contexte de la santé de la mère et de l'enfant; alim. de l'enfant*
Agences de l'ONU	UNICEF	X	X	X		X
	CPNUN*	X	X	X	X	X
	PAM		X	X		
	OMS**	X	X	X	X	X
	FAO			X	X	
Agences multilatérales	Banque mondiale	X	X	X	X	X
	BAD	X	X		X	X
Agences bilatérales	DFID (R.-U.)				X	
	SIDA (Suède)				X	
	ACDI (Canada)		X			X

	USAID	X	X	X	X	X
	GTZ (Allem.)				X	
	DANIDA (Danem.)					X
	NORAD (Norv.)					
	JICA (Japon)				X	
	Pays-Bas			X		
	Ireland AID					
Partenariats public-privé	GAIN		X			
Secteur privé/ ONG	WABA					X
	Manoff Group	X				X
	AED			X	X	X
	HKI		X		X	
	MI		X			
	MOST		X			
	CARE	X			X	X
	Ligue La Leche	X				
	FANTA	X		X	X	X
	BASICS		X	X		X
Institutions de recherche	Harvest Plus		X		X	
	IFPRI/CGIAR			X	X	

Note : Les tableaux 5.1 et 5.2 sont à titre indicatif seulement et sont basés sur un survol subjectif de sites Web ainsi que ce qui est généralement connu concernant le champ d'action de chaque organisation.
*Agit principalement comme organisme de coordination.
**Agit principalement comme organisme technique.

Annexe 5.2

Les questions techniques sur lesquelles les partenaires du développement se concentrent dans le domaine de la nutrition

Types	*Organisations*	*Engagement*			*Dévelop. des capacités*			*Repositionnement de la nutrition dans les PRSC, PRSP, SWAp*			*Suivi et évaluation*			*Recherche*		
		M	*N*	*IN*	*M*	*N*	*IN*	*M*	*N*	*IN*	*M*	*N*	*IN*	*RT*	*RA*	*RO*
Agences de l'ONU	UNICEF	X	X	X		X										X
	CPNUN	X														
	PAM	X														
	OMS	X			X						X					X
	FAO*	X				X					X					
Agences multilatérales	Banque mondiale	X	X		X	X			X		X	X			X	
	BAD		X			X									X	X

Agences bilatérales	DFID*								X						X	
	SIDA															
	ACDI															
	USAID					X	X					X				
	GTZ														X	
	DANIDA		X												X	
	NORAD					X										
	JICA															
	Ireland AID															
Partenariats public-privé	GAIN***	X				X									X	
Secteur privé/ ONG	WABA**		X			X										
	Manoff Group		X									X			X	
	AED		X			X										X
	HKI		X			X						X			X	X
	MI***	X	X			X						X		X	X	
	MOST***	X	X			X						X				
	CARE					X	X									
	Ligue La Leche**						X									
	FANTA											X				X
	BASICS											X			X	X
Institutions de recherche	Harvest Plus*														X	
	IFPRI/CGIAR	X				X									X	X

Note : M-mondial ; N-national ; IN-infranational ; RT-recherche technologique ; RA-recherche appliquée ; RO-recherche opérationelle.
* Se concentre principalement sur la sécurité alimentaire.
** Se concentre principalement sur l'alimentation du nourrisson et l'allaitement maternel.
*** Se concentre principalement sur les micronutriments.

Annexe 5.3

Les mandats et les sujets de préoccupation des partenaires du développement dans le domaine de la nutrition

(L'information contenue dans cette annexe provient principalement des sites Web des agences et groupes concernés.)

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
OMS / Département Nutrition, santé et développement (NHD)	L'importance du rôle de l'OMS dans la promotion de la nutrition est déjà bien connue. « Compte tenu du rôle fondamental que joue le bien-être nutritionnel dans la santé et le développement humain, et de l'ampleur mondiale de la mortalité et de la morbidité liées à la malnutrition, l'OMS a toujours inclus la promotion de la nutrition, de même que la prévention et la réduction de la malnutrition, dans ses principaux outils de promotion de la santé. »	• L'OMS partage avec l'UNICEF la responsabilité de rendre compte de la situation concernant la mortalité infantile, la santé des mères, le statut nutritionnel, etc. • L'OMS a tenu, conjointement avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), une conférence internationale sur la nutrition en 1992. • Les principaux documents de l'OMS en rapport avec la nutrition incluent : *Turning the Tide of Malnutrition : Responding to the Challenge of the 21st Century ; Nutrition for Health and Development : A Global Agenda for Combating Malnutrition, 2000*. • En accord avec les neuf objectifs et les neuf stratégies de la Déclaration mondiale et du Plan d'action pour la nutrition, le NHD s'est donné sept champs d'action prioritaires à l'intérieur d'un cadre multisectoriel. • Les principaux objectifs sont : 1. Renforcer les capacités d'évaluer et de s'attaquer aux problèmes relatifs à la nutrition ; développer des politiques et des programmes en matière de nutrition. 2. Contribuer à développer les connaissances scientifiques, les méthodologies, les normes et les stratégies, etc., pour détecter et prévenir toutes les formes de déficiences et d'excès dus à la malnutrition, incluant l'amélioration des systèmes horticoles et agricoles. 3. Promouvoir les bénéfices durables pour la santé et la nutrition des projets ciblés sur l'alimentation et le développement. Travailler avec le Programme alimentaire mondial (PAM) pour assurer l'efficacité de l'aide alimentaire. 4. Maintenir une base de données mondiale pour le suivi et l'évaluation ainsi que la production de rapports sur

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
OMS (*suite*)		les principales formes de malnutrition dans le monde, l'efficacité des programmes, et l'atteinte des cibles aux échelons national, régional et mondial. • Les sept priorités sont : 1. *Malnutrition protéino-énergétique*. Gestion de la malnutrition grave ; mener une étude pour recalculer et changer les courbes actuelles de croissance. 2. *Micronutriments*. Avec ses partenaires, le NHD fournit des outils techniques, des normes scientifiques, des lignes directrices et des méthodologies pour mettre en place des programmes nationaux comme les programmes d'iodation du sel ; évaluer les programmes pour lutter contre les troubles dus à la carence en iode en collaboration avec l'UNICEF ; maintenir une base de données mondiale sur les troubles dus à la carence en iode ; promouvoir l'allaitement maternel, la supplémentation, l'enrichissement, et le jardinage pour éradiquer la carence en vitamine A ; augmenter l'apport en fer et le contrôle des infections ; et réaliser des études sur les suppléments en vitamine A. 3. *Obésité*. Sensibiliser les gens au problème ; développer des stratégies pour faciliter les choix qui correspondent à une alimentation saine ; collaborer à l'évaluation de l'impact économique de l'obésité et analyser l'impact de la mondialisation et des changements économiques rapides sur la nutrition. 4. *Alimentation des enfants*. Promouvoir l'initiative des hôpitaux accueillants pour les bébés en partenariat avec l'UNICEF ; intensifier le soutien technique pour améliorer les pratiques d'alimentation complémentaire. 5. *Urgences*. Fournir des manuels et des lignes directrices sur la gestion des besoins nutritionnels lors des situations d'urgence ; évaluations rapides des besoins en nutrition ; promotion des pratiques d'alimentation sûres ; s'occuper des plus vulnérables sur le plan nutritionnel. 6. *Diriger l'aide alimentaire pour le développement*. Le bureau de l'Aide alimentaire pour le développement de l'OMS contribue aux politiques, lignes directrices et programmes par pays du PAM. Il aide le PAM à déterminer, formuler et évaluer les programmes d'alimentation supplémentaire. 7. *Développer des politiques et programmes efficaces en matière d'alimentation et de nutrition*. L'OMS considère que la sécurité alimentaire des ménages est un droit fondamental de la personne. Il a entrepris en 1995 une étude multinationale et pluridisciplinaire pour déterminer les facteurs à l'origine de la malnutrition. • Les autres priorités comprennent le développement de banques de données mondiales sur la nutrition et d'un réseau mondial d'organismes qui collaborent sur les questions de nutrition. • Groupe de travail sur la nutrition et le VIH/sida

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	A reçu le mandat de prôner la protection des droits des enfants, de contribuer à satisfaire leurs besoins élémentaires, et d'accroître les possibilités qui s'offrent à eux d'atteindre leur plein potentiel. La nutrition est l'un des huit champs d'activités clés contenus dans le cadre stratégique à moyen terme. Une nouvelle stratégie en matière de santé et de nutrition est en cours de développement.	La stratégie en matière de nutrition concrétise le cadre conceptuel développé en 1990. Les principaux champs d'intérêt sont : 1. *Micronutriments* • Travaille avec les gouvernements autant dans les pays donateurs que dans les pays en développement pour développer des programmes innovateurs visant la distribution de micronutriments dans les aliments et par l'entremise des services de santé (iodation du sel, acide folique, comprimés et suppléments en vitamine A) (le DFID est un partenaire qui distribue des comprimés). Aide les pays à formuler et à mettre en œuvre les recommandations nationales sur les micronutriments multiples. • Se concentre peu sur les stratégies alimentaires. 2. *Alimentation des nourrissons et des enfants* • Promotion de l'allaitement maternel exclusif et utilisation en temps opportun d'aliments complémentaires. • Est à l'avant-garde du développement de lignes directrices pour l'alimentation des nourrissons par des mères séropositives ; renforcement des capacités des institutions nationales pour développer leurs propres lignes directrices et outils de formation, incluant une formation en counseling des mères sur les choix à faire en matière d'alimentation du nourrisson. • Vaccination Plus dans le cadre des Semaines pour la santé des enfants, incluant le paludisme dans certains pays. 3. *Nutrition de la mère / insuffisance pondérale* • L'Initiative pour la prévention de l'insuffisance pondérale est à l'essai dans onze pays. Elle inclut l'utilisation de suppléments en micronutriments multiples pour les femmes enceintes. • Complémentera l'Initiative Soins pour les femmes et les enfants de l'UNICEF, qui se concentre sur l'éducation des femmes, la charge de travail, la santé physique et le statut nutritionnel, le bien-être émotif, la santé reproductive et les soins durant la grossesse et la période de lactation. 4. *Suivi et promotion de la croissance* • Travailler avec l'OMS pour développer de nouvelles références internationales au sujet de la croissance. Appui au suivi de la croissance dans plus de 40 pays. • Expansion des centres thérapeutiques pour les enfants souffrant de malnutrition grave, surtout dans les situations d'urgence. 5. *Programmes communautaires* • Renforcer les capacités locales de gérer de tels programmes. • Approche spécifique de mobilisation communautaire (évaluation, analyse, action). 6. *Information sur la nutrition et systèmes de surveillance* • Appuie la compilation de données sur de nombreux indicateurs clés du bien-être de la mère et de l'enfant, incluant leur statut nutritionnel. • Appuie la mise à jour des données sur des indicateurs spécifiques relatifs à la nutrition sur le site Web childinfo.org.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
		7. *Urgences* • La plupart des interventions énumérées plus haut lors des situations d'urgence. Programmes nationaux et régionaux de surveillance de la nutrition pour analyser les liens possibles entre la malnutrition et le VIH/sida en Afrique australe.
Programme alimentaire mondial (PAM)	En tant que section de l'ONU responsable de l'aide alimentaire, le PAM vise à répondre aux besoins d'urgence et à appuyer le développement économique et social. « S'efforce de placer la faim au cœur des préoccupations internationales en promouvant des politiques, des stratégies et des opérations qui bénéficient directement à ceux qui sont pauvres et qui ont faim. »	*Plan financier et stratégique 2002-2005* • L'objectif pour 2002-2005 est de : « Faire preuve d'excellence en fournissant de l'aide alimentaire qui permet à tous les bénéficiaires prévus des activités du PAM de survivre et de maintenir un statut nutritionnel sain, tout en suscitant le développement social et économique d'au moins 30 millions de personnes qui ont faim chaque année. » • Aligner les politiques et opérations à venir avec le « développement habilitant ». Des politiques et lignes directrices existent déjà pour les achats et pour les donateurs. • On conçoit les activités de développement pour permettre aux pauvres qui ont faim de viser une sécurité alimentaire durable, une nutrition adéquate et le développement économique. • Combattre les carences en micronutriments : – Produire des aliments composés à bas prix, y compris renforcer les capacités nationales (essais pilotes en Éthiopie, en Inde, à Madagascar, en Corée du Nord et au Malawi). – Tester la standardisation des aliments composés prémélangés. – Fournir des aliments fortifiés – huile et aliments composés, surtout dans les situations d'urgence, biscuits diététiques, sel iodé, farine de blé et de maïs fortifiée avec des vitamines et minéraux. – Former le personnel et les ONG sur les questions de nutrition. • Recherche sur la diversité des régimes alimentaires comme indicateur de la sécurité alimentaire, et sur la qualité du contenu des rations en relation avec les résultats nutritionnels. Le comité responsable de l'examen du projet passe en revue toutes les interventions nutritionnelles et en examine la qualité et la conformité. Appuie la recherche sur l'impact des biscuits fortifiés à base de blé sur l'apport en micronutriments. Appuie la recherche sur l'efficacité de la distribution générale d'aliments complémentaires pour prévenir la malnutrition (Haïti). • Surveille la rentabilité des achats locaux dans le cadre des programmes nationaux de redistribution de nourriture. *Enabling Development* (1999) ; *Reaching mothers and children at critical times of their lives* (1997) • Alimentation supplémentaire au moyen d'aliments composés. • Programmes d'alimentation scolaires (en particulier pour les filles), en tenant compte du fait que l'éducation des femmes peut réduire la malnutrition infantile. • Améliorer les moyens d'existence est une façon d'améliorer la nutrition.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
		• Agir tôt : améliorer le système d'analyse et de localisation de la vulnérabilité (VAM). *Les nouveaux enjeux : Insécurité alimentaire dans les villes et VIH* • Insécurité alimentaire dans les villes : Comprendre les questions socioéconomiques complexes, le fonctionnement des filets de sécurité informels, et comment ils réagissent aux crises. • VIH : Déclaration de politique (version préliminaire, octobre 2002).
Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (SCN)	Le mandat du SCN est de : • Sensibiliser les gens aux problèmes de nutrition et renforcer l'engagement à les résoudre – aux échelons mondial, régional et national. • Préciser la direction, accroître l'échelle et renforcer la cohérence et l'impact des interventions contre la malnutrition à l'échelle mondiale. • Promouvoir la coopération entre les agences de l'ONU et les organisations partenaires en appui aux efforts nationaux pour mettre fin à la malnutrition dans la présente génération.	Trois principaux champs d'action : 1. Promouvoir une approche harmonisée au sein des agences de l'ONU, et entre les agences de l'ONU et les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, de façon à amplifier l'impact global des interventions sur la malnutrition. 2. Examiner l'efficacité globale des interventions du système onusien dans le domaine de la malnutrition, surveiller l'affectation des ressources et recueillir de l'information sur les tendances et les réalisations en provenance de chacun des organismes de l'ONU. 3. Mener des campagnes de sensibilisation et mobiliser les partenaires sur les questions de nutrition aux échelons mondial, régional et national, et préconiser des interventions plus rapides contre la malnutrition. *Ending Malnutrition by 2020 : An Agenda for Change in the Millennium. Final Report to the ACC/SCN by the Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century*, février 2000. • Propose un nouveau paradigme en matière de nutrition, qui intègre le double fardeau de la dénutrition et des maladies adultes liées au régime alimentaire. • Se concentre sur les troubles évitables aux âges moyen et avancé. • Pourquoi les plans d'action mondiaux comme la Conférence internationale sur la nutrition et le Sommet mondial sur la nutrition n'ont-ils pas mené à des réalisations plus substantielles ? – Il n'y a pas assez d'acteurs motivés pour faire avancer les dossiers liés à la nutrition. – Les secteurs de la santé et de l'agriculture n'ont pas réussi à combiner leurs forces en une action cohérente. On souligne les insuffisances dans l'approche intersectorielle. Le nouveau plan établit quatre tâches principales : 1. Évaluation des politiques nationales et des plans développés en réponse au SCN. 2. Coordination des effets de l'ONU. 3. Un nouveau mécanisme pour développer les politiques nationales en matière de régimes alimentaires et d'activité physique. La commission propose la formation de Conseils nationaux sur la nutrition sur les modèles développés en Norvège et en Thaïlande. 4. L'acceptation des Conseils nationaux sur la nutrition sera le point central de l'appui international.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences de l'ONU		
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) / Département social et économique / Division de l'alimentation et de la nutrition	La Division de l'alimentation et de la nutrition vise à : • Sensibiliser les gens aux avantages de lutter contre la faim et réduire la malnutrition. • Aider les pays à identifier les populations qui souffrent d'insécurité alimentaire et qui sont vulnérables à des problèmes nutritionnels. • Promouvoir la sûreté des aliments et prévenir les maladies transmises par les aliments. • Promouvoir la protection des consommateurs et les pratiques équitables dans le commerce des aliments. • Coordonner les activités de la FAO relatives à la nutrition qui font suite aux rencontres et aux accords internationaux.	La Division de l'alimentation et de la nutrition est responsable de : • Tenir à jour des portraits de la situation alimentaire et nutritionnelle dans les pays touchés par la malnutrition. • Encourager et poursuivre l'analyse des données sur la composition des aliments (INFOODS). • Assurer l'évaluation et le suivi des situations sur le plan de la nutrition, incluant FIVIMS, les Rapports sur l'état de l'insécurité alimentaire dans le monde, et les bases de données statistiques de la FAO sur les aliments disponibles pour consommation. • Organiser les consultations sur les exigences en matière d'éléments nutritifs avec d'autres partenaires clés. • Organiser les activités de programmes nécessaires et susciter l'appui au niveau des gouvernements et des institutions pour répondre aux besoins qui ont été identifiés, et contribuer ainsi à renverser la situation ; contribuer à une meilleure compréhension de la nutrition en milieu urbain, intégrer les besoins nutritionnels dans les programmes NARS. • Identifier les meilleures pratiques, surveiller l'impact sur le comportement, la consommation, la biochimie et la fonction. • Lancer des initiatives pour développer des aliments complémentaires produits localement. • Fournir des recommandations sur l'enrichissement et de l'assistance technique pour les législations qui concernent l'alimentation, les normes et le contrôle alimentaire, et les garanties de qualité. En collaboration avec l'OMS, fournir des normes et des lignes directrices pour l'étiquetage, les réclamations concernant la nutrition et la santé, et la qualité nutritionnelle. • Le groupe Sécurité alimentaire des ménages et le groupe Nutrition communautaire, en collaboration avec le groupe Information, communication et éducation sur la nutrition, orientent leurs activités vers le développement et la mise en œuvre efficace de programmes communautaires : – Les interventions privilégiées sont les approches nutritionnelles centrées sur la communauté, incluant les potagers domestiques, l'enrichissement des aliments et les préparatifs, et la planification pour des urgences alimentaires. – La nutrition et le VIH / sida. Le guide *Bien vivre avec le VIH/sida*. • Les activités de la division Information, éducation et communication sur la nutrition (IEC). • Les programmes de lutte contre la faim : Réduire la faim par le développement agricole et rural durable et un accès plus large à la nourriture (FAO, Rome, 2002).

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences multilatérales		
Banque mondiale / Santé, nutrition et population (HNP)	La déclaration de mission du HNP stipule : « Aider les clients à améliorer les conditions de santé, nutritionnelles et démographiques des personnes pauvres et protéger les gens contre les effets débilitants de la maladie, de la malnutrition et d'une fertilité trop élevée. »	• Défend une approche multisectorielle (incluant les Documents de stratégies de réduction de la pauvreté [PRSP] et les approches sectorielles [SWAp]) des problèmes de nutrition qui cible les pauvres, en particulier les enfants et les mères. • Se concentre sur les programmes de nutrition communautaires, les programmes d'enrichissement des aliments et les réformes dans les politiques alimentaires. • Préoccupation grandissante pour les carences en micronutriments, l'impact de la nutrition sur l'éducation et les capacités d'apprentissage, et les projets qui visent le développement des jeunes enfants. • La stratégie de la Banque mondiale en matière de nutrition est explicitement centrée sur l'objectif d'accélérer le progrès vers l'atteinte des OMD relatifs à la nutrition. – Investir dans le développement des capacités au sein de la Banque mondiale mais également au niveau des pays pour permettre aux partenaires impliqués dans les questions de nutrition de s'asseoir à la table de négociation lorsque les réformes, les SWAps et les PRSP sont discutés. – Plaidoyer constant pour un meilleur positionnement des interventions nutritionnelles dans le nouvel environnement programmatique. • Le groupe Développement des systèmes de santé (HSD), qui est sous la responsabilité du HNP, réorientera ses activités au cours des deux à trois prochaines années pour se concentrer sur l'édification d'une base de connaissances mondiale et le renforcement de l'appui institutionnel dont les pays ont besoin pour atteindre plus rapidement les cibles de leurs OMD. • Stratégie sectorielle : Santé, nutrition et population, 1997. Les principaux objectifs énumérés sont : – Améliorer les conditions de santé, nutritionnelles et sur le plan de la santé reproductive des personnes pauvres et protéger les gens contre les effets débilitants de la maladie, de la malnutrition et d'une fertilité trop élevée. – Accroître le rendement des systèmes de santé en promouvant un accès équitable aux soins préventifs et curatifs, la nutrition et des services à la population qui sont abordables, efficaces, bien gérés, de bonne qualité et responsables envers les clients. – Assurer un financement durable des soins de santé en mobilisant les ressources adéquates, en établissant des mécanismes suffisamment larges de partage de risque, et en maintenant un contrôle effectif sur les dépenses publiques et privées. • Les programmes appuyés par la Banque mondiale en matière de développement agricole et rural, d'eau et d'assainissement, de protection sociale, de développement de la petite enfante, et de santé de la mère et de l'enfant, peuvent avoir un impact significatif sur la nutrition.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences multilatérales		
Banque asiatique de développement (BAsD)	L'approche générale de la Banque dans le secteur de la santé est d'aider les gouvernements des pays en développement qui en sont membres à assurer à leurs citoyens un large accès à des soins préventifs et curatifs et à des campagnes de promotion de la santé qui sont efficaces, rentables et abordables. Source : BAsD, 1999. Politique pour le secteur de la santé. Manille.	Les activités dans le secteur de la santé seront guidées par cinq considérations stratégiques résumées dans la Politique pour le secteur de la santé (1999) : • La Banque œuvrera à l'amélioration de la santé des pauvres, des femmes, des enfants et des peuples indigènes en : (a) augmentant ses prêts au secteur de la santé et en maintenant l'accent actuel sur les soins primaires (incluant la santé reproductive, la planification familiale et des interventions nutritionnelles sélectives) ; et (b) se concentrant sur les groupes vulnérables avec une attention particulière pour les femmes, et en portant attention à l'accessibilité des services de santé pour les pauvres, les femmes et les peuples indigènes. • La Banque maintiendra son approche actuelle visant l'atteinte de résultats tangibles et mesurables par : (a) un renforcement accru du suivi et de l'évaluation de toutes les activités du secteur de la santé ; (b) une préoccupation particulière envers les interventions qui font la preuve de leur efficacité ; (c) l'amélioration de la qualité des prêts lors de leur attribution ; et (d) l'amélioration de la mise en œuvre des activités du secteur de la santé. • La Banque appuiera l'expérimentation d'approches innovatrices et le déploiement rapide de nouvelles technologies efficaces et abordables en : (a) finançant des essais pilotes de nouvelles approches en matière de financement, d'organisation et de gestion des soins de santé ; et (b) appuyant le déploiement de nouvelles technologies, particulièrement de nouveaux vaccins. • La Banque jouera un rôle significatif dans la réforme du secteur de la santé en encourageant les gouvernements des pays en développement qui en sont membres à s'engager activement et de façon appropriée dans la gestion de leur système de santé. Cela devra se faire par des discussions sur les politiques à suivre de façon à les encourager à : (a) accroître les budgets qu'ils allouent aux soins primaires ; (b) diversifier leurs sources de financement des soins de santé ; (c) collaborer de façon plus poussée avec le secteur privé ; et (d) accroître le soutien aux biens publics tels que la recherche, l'éducation à la santé et la réglementation. • La Banque augmentera l'efficacité de ses investissements dans le secteur de la santé en : (a) aidant à renforcer les capacités de gestion des secteurs publics des pays en développement qui en sont membres ; (b) améliorant son travail économique et sectoriel et en renforçant les liens avec les autres secteurs ; et (c) renforçant davantage la collaboration avec les partenaires institutionnels dans le secteur de la santé. Un examen de cette politique est prévu pour 2005-2006, et on s'attend à ce que les considérations relatives à la nutrition et à la démographie soient plus explicitement prises en considération et intégrées à la politique de la BAsD pour ce secteur.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences bilatérales		
Ministère des Affaires étrangères de la Norvège		Plan d'action pour combattre la pauvreté dans les pays du Sud jusqu'en 2015, mars 2002. • Augmenter l'aide au développement jusqu'à 1 % du revenu national brut à partir de 2005. • Mentionne les questions d'éducation et de santé, mais pas de nutrition.
Agence norvégienne de développement et de coopération (NORAD)	• NORAD vise à contribuer aux améliorations durables dans les conditions politiques, économiques et sociales des populations en tenant compte des limites imposées par l'environnement et la disponibilité des ressources naturelles. • La mission de l'agence touche les questions de santé, d'éducation et de VIH, mais pas de nutrition. La nutrition n'est même pas mentionnée de façon explicite.	Le document « Les considérations nutritionnelles dans les activités de développement et de coopération de la Norvège » soutient que NORAD devrait explicitement intégrer les considérations nutritionnelles dans son plan pour 2000-2005. • Recommande d'appuyer la formulation et la mise en œuvre des plans nationaux d'action pour l'alimentation et la nutrition des pays partenaires. • Mettre en place ou renforcer les institutions. • Soutenir les systèmes de surveillance de la nutrition. *(On ne sait pas si ces recommandations ont été mises en œuvre.)* Parmi les autres documents clés, mentionnons : • *L'accent sur NORAD : Déclaration sur la politique de développement et de coopération 2002* : compte rendu sur les activités de NORAD en 2002 (élabore le plan d'action). • *Rapport annuel 2001 – NORAD* : Met l'accent sur le fait que la santé et l'éducation sont les principaux champs d'intérêt.
Agence danoise de développement international (DANIDA)	• L'aide danoise se concentrera sur son principal objectif : promouvoir le développement durable par une croissance économique qui profite d'abord aux pauvres. • Un examen critique de l'aide a été réalisé en 2002. Les résultats ont été dévoilés dans la présentation des crédits budgétaires en 2003.	• Aucune stratégie claire en matière de nutrition n'est mentionnée. • Le principal objectif est d'aider les pauvres en investissant dans l'éducation et la santé. • L'accent est mis sur les femmes.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences bilatérales		
Agence japonaise de coopération internationale (JICA)	JICA fournit une assistance technique visant à transférer des technologies et des connaissances qui peuvent servir au développement socioéconomique des pays en développement. www.jica.go.jp/english	• On accorde peu d'importance à la nutrition. • Les champs d'activités prioritaires dépendent des enjeux régionaux et nationaux. Les priorités de JICA en Amérique du Sud sont ainsi très différentes de celles en Afrique. • La sécurité alimentaire, le développement agricole et les soins de santé sont des champs d'activités prioritaires en Afrique. En Amérique latine, les enjeux concernent le renforcement de la compétitivité sur le plan international, le développement d'une agriculture en harmonie avec l'environnement, etc. • Les préoccupations d'envergure mondiale incluent : la pauvreté, l'égalité entre les sexes, l'environnement ; la santé reproductive et le sida ; le commerce et les rapports pacifiques entre les États ; les problèmes des handicapés.
Agence canadienne de développement international (ACDI) / Santé et nutrition	• « L'ACDI a pour mandat d'appuyer les activités de développement durable dans les pays en développement afin de réduire la pauvreté et de rendre le monde plus sûr, plus juste et plus prospère. » • Santé et nutrition : « Le Canada joue un rôle actif dans la promotion de la santé et de la nutrition dans les pays en développement et les pays en transition, en se concentrant sur les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées – qui sont le plus souvent les femmes et les enfants. »	• « Le Canada s'engage à consacrer 25 % de son aide publique au développement à satisfaire les besoins humains fondamentaux dans le contexte d'une préoccupation plus marquée envers la sécurité des individus. » • Dans le champ d'activités prioritaire que constituent « les besoins humains fondamentaux », l'ACDI appuie la santé et la nutrition. • A contribué à la création de l'Initiative Micronutriments (IM). Extrait du *Plan d'action sur la santé et la nutrition, 2001*, de l'ACDI, lignes directrices jusqu'en 2005 : • Contribuer à réduire la pauvreté en investissant dans la santé, la nutrition et l'eau. • Approche fondée sur les droits, analyse intégrant les questions de genre. • Programmes intégrés et ciblés en matière de nutrition : assurer la nutrition des femmes, améliorer les pratiques en matière d'alimentation des enfants. • Supplémentation en vitamine A et iodation du sel. • Sécurité alimentaire : stratégies alimentaires, souligne la nécessité de développer de nouvelles façons d'analyser l'impact. • Gère des programmes de recherche et de développement des capacités concernant les maladies tropicales et la santé reproductive, mais pas la nutrition.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences bilatérales		
Agence suédoise de développement international (SIDA)	La santé et l'éducation font partie du Département de la démocratie et du développement social (DESO). Il ne semble y avoir aucune section particulière pour la nutrition. L'objectif global de l'Agence suédoise de développement international est d'augmenter le niveau de vie des personnes pauvres dans le monde. Le Parlement suédois a adopté les six objectifs spécifiques suivants pour atteindre cet objectif global : • Croissance économique • Indépendance économique et politique • Égalité économique et sociale • Développement démocratique de la société • Utilisation durable à long terme des ressources naturelles et protection de l'environnement • Égalité entre les hommes et les femmes	L'énoncé de politique du Secteur de la santé stipule que SIDA appuie la recherche, y compris sur la malnutrition : • Met l'accent sur le développement du secteur de la santé par la coopération bilatérale et multilatérale. • La malnutrition est mentionnée en tant qu'« autre secteur » qui pourrait toucher la santé. • Selon le Programme contre la pauvreté 1996 de SIDA, la sécurité alimentaire est l'un des champs d'activités prioritaires dans le Département des ressources naturelles et de l'environnement. Aucune autre explication n'est fournie. Les documents clés incluent : • *SIDA se tourne vers l'avenir – Le Programme pour le développement mondial de SIDA* (non disponible sur le Web). • *Une politique pour la coopération et le développement : le secteur de la santé*, 1997. • *Perspectives sur la pauvreté*, 2002 (mention passagère de la nutrition).

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences bilatérales		
Agence allemande pour l'assistance technique (GTZ)		L'agriculture et la recherche agricole sont les champs d'activités prioritaires. La seule publication sur la nutrition disponible sur le Web concerne la certification des aliments organiques.
Ireland Aid (Irlande)	Le gouvernement s'engage, par son Programme d'action pour le millénaire, à atteindre la cible de 0,45 % du produit national brut (PNB) d'ici l'an 2002 pour l'aide au développement.	• Les programmes et projets visant à satisfaire aux besoins fondamentaux comprennent la sécurité alimentaire, les soins de santé, l'éducation et la fourniture d'eau potable. Le Rapport du Comité d'examen des activités de Ireland Aid, février 2002 (http://193.178.1.88/Uploads/irlaidreview.pdf) • Appuie le programme de sécurité alimentaire. • N'offre aucune stratégie spécifique pour la nutrition. Atteindre la cible de l'ONU – Une décision du millénaire pour l'Irlande, Ireland Aid, 2000
USAID (États-Unis)	USAID vise d'abord et avant tout à atténuer la sous-alimentation et concentre ses efforts à améliorer la nutrition par des programmes sectoriels en matière d'agriculture, de santé, d'aide alimentaire, de reproduction et d'éducation, de même que par des aides nutritionnelles directes.	La stratégie de USAID intègre la nutrition dans ses programmes d'aide au développement en : • Établissant des projets sur la base de problèmes touchant la nutrition et la consommation de nourriture. • Incluant la nutrition comme l'un des facteurs qui déterminent la conception des projets dans les domaines de l'agriculture ; de la santé, par des soins primaires ; de l'aide alimentaire, par un ciblage de rations appropriées aux groupes à risque ; de la reproduction, en offrant un complément aux services de planification familiale ; de l'éducation, par la promotion de l'éducation à la nutrition dans les écoles, par la formation des agents de santé communautaire, et par une formation avancée des professionnels. • Ciblant dans les projets sectoriels les personnes ou les ménages les plus à risque de développer des problèmes de nutrition. • Surveillant et en évaluant l'impact des projets sur la nutrition. • Complétant les projets sectoriels par des projets nutritionnels. • Utilisant les ressources du secteur privé dans les programmes nutritionnels lorsque cela est faisable. • Encourageant le développement de politiques nationales. • Coordonnant son action avec celle des pays moins développés et des donateurs de façon à atteindre les objectifs en matière de nutrition. USAID a également développé une stratégie pour fournir de la nourriture et une aide sur le plan nutritionnel dans le cadre des programmes de lutte contre le HIV/sida. Les programmes nationaux comprennent : • Rwanda : USAID fournit de l'aide à des ONG qui donnent de la nourriture à environ 29 000 enfants touchés par le VIH/sida dans le cadre d'un ensemble plus élaboré de services. • Ouganda : USAID administre un programme de 30 millions de dollars sur cinq ans, qui est le plus important de ce type dans le monde. Le programme vise environ 60 000 personnes qui ont le VIH/sida ou qui vivent dans des ménages où la capacité de répondre aux besoins alimentaires est minée par la néces-

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Agences bilatérales		
USAID (*suite*)		sité de fournir des soins à une personne atteinte du VIH/sida. La population cible reçoit une éducation intensive à la nutrition en plus d'une aide alimentaire. Le programme implique les communautés dans la distribution de nourriture dans le but de sensibiliser les gens, de réduire l'opprobre et de susciter une mobilisation en faveur d'activités pour lutter contre le VIH/sida.
Secrétariat d'État au développement international du Royaume-Uni (DFID)		La stratégie du DFID pour atteindre la cible de l'OMD d'une réduction de la faim d'ici 2015 est de : • promouvoir une perspective commune sur les causes de la faim et de la malnutrition ainsi que des progrès vers l'atteinte de l'OMD relatif à la faim ; • mieux intégrer la sécurité alimentaire dans les efforts de réduction de la pauvreté ; • promouvoir le développement du capital humain ; • promouvoir les réformes en matière de politique commerciale pour renforcer la sécurité alimentaire des pauvres ; • mieux répondre aux situations de sécheresse, de conflit et d'urgence ; • développer de meilleurs systèmes pour identifier ceux qui ont faim et déterminer pourquoi et où ils sont. Aucune stratégie explicite relative à la nutrition. Les priorités suggérées sur le plan de la nutrition à l'échelle mondiale sont basées sur les lacunes existantes (une étude de l'International Food Policy Research Institute [IFPRI], 2003) : • Intégrer des composantes nutritionnelles aux interventions en faveur du développement. • Gérer et générer les connaissances pratiques au confluent des moyens d'existence, du déroulement de la vie en général, et des styles de vie. • Développer la capacité d'intégrer la nutrition dans les initiatives sectorielles. • Utiliser et développer des indicateurs relatifs à la nutrition pour mesurer le progrès dans les activités qui n'ont pas d'objectifs nutritionnels. • Souligner le rôle clé de la nutrition à la fois comme élément déclencheur du développement et comme une occasion d'investissement parmi d'autres.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Secteur privé / ONG		
Académie pour le développement éducationnel (AED) (Le financement provient surtout de USAID et d'autres partenaires)	AED aide les communautés à se donner des sources stables de nourriture et à améliorer leur santé et leur bien-être en général. AED contribue à favoriser le développement de communautés en santé partout dans le monde par l'entremise de programmes qui touchent à des questions telles que l'allaitement maternel, la malnutrition et la sécurité alimentaire. AED est à l'avant-garde dans l'application de méthodes de changement de comportements et de marketing social à des problèmes de santé publique et de nutrition, en particulier l'allaitement maternel, l'alimentation des nourrissons, l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et les carences en micronutriments. Au cours des cinq dernières années, AED a rassemblé l'une des principales équipes d'experts en nutrition en dehors des milieux universitaires.	AED est impliqué dans de nombreux projets importants financés majoritairement par USAID, dans lesquels on trouve un aperçu des stratégies employées pour s'attaquer à différents aspects des problèmes nutritionnels : • Le Projet Changement – Le projet développe des outils et des stratégies pour faciliter les changements de comportements sur le plan individuel et social qui ont un effet sur la santé des enfants et des mères, les maladies infectieuses et le VIH/sida. La préoccupation majeure est d'améliorer les comportements des individus et des ménages. • Le Projet Survie de l'enfant et renforcement des systèmes en Éthiopie (ESHE) – Le projet met l'accent sur l'accroissement des taux de survie des jeunes enfants en Éthiopie par l'amélioration des campagnes de vaccination et la distribution de suppléments nutritionnels. Le programme fournit des suppléments en vitamine A, en fer et en acide folique pour les femmes et les enfants et fait la promotion de l'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 24 mois. • Le Projet Assistance technique pour l'alimentation et la nutrition (FANTA) – Le projet appuie les programmes intégrés en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. Il aide à intégrer la nutrition dans les processus de planification stratégique ; il fournit des analyses pour le développement de politiques en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, et partage l'information et les connaissances avec les partenaires. • LINKAGES – Ce programme vise à accroître la pratique de l'allaitement maternel et les pratiques qui y sont associées pour améliorer la santé des mères et la santé reproductive par une assistance et une formation techniques. • Prévenir le diabète de type II (STOPP-T2D) (financé par l'université George-Washington) – Cette initiative vise à concevoir une stratégie de marketing social et un programme de communication pour les écoles secondaires aux États-Unis dans le but de promouvoir l'activité physique et des pratiques alimentaires saines. • PROFILES (plusieurs sources de financement) – Ce programme vise à attirer l'attention des leaders nationaux sur les questions de santé publique et de nutrition. On lui attribue la responsabilité d'avoir sensibilisé des leaders à l'importance de la nutrition, suscité des consensus, renforcé les capacités et développé les habiletés de leadership des responsables des programmes de nutrition. • Soutien à l'analyse et à la recherche en Afrique (SARA) – Ce programme fournit de l'aide aux institutions africaines pour développer et promouvoir des politiques visant à accroître la durabilité, la qualité, l'efficacité et l'équité d'un ensemble de services de santé, incluant la nutrition. • Outils et publications utiles : – Allaitement maternel et nutrition de la mère : questions fréquemment posées. – Cartes pour le counseling concernant la santé de l'enfant, République dominicaine. – Les incitations et désincitations qui s'exercent sur les agents de santé communautaire : comment elles affectent

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Secteur privé/ ONG		
AED (*suite*)	Les domaines privilégiés comprennent l'analyse et l'appui à des politiques publiques, le suivi et l'évaluation, et la planification globale de la sécurité alimentaire.	la motivation, la stabilité du personnel et la durabilité des services. – Les effets sur l'alimentation et la nutrition du programme ART dans un contexte de ressources limitées. – Pour atténuer le VIH/sida : utiliser les méthodes que nous connaissons déjà. – Quantifier les bénéfices de l'allaitement maternel : un résumé de la recherche.
Helen Keller International (HKI)	Fournit de l'assistance technique, de la formation et des services de suivi et d'évaluation pour la production domestique de nourriture (jardinage, pêche, volaille et élevage d'animaux).	• Recherche et développement : développement de méthodes d'évaluation des régimes alimentaires ; expérimentations sur des variétés de plantes et les méthodes de jardinage ; développement et expérimentation des pratiques de remise en état des jardins après les inondations. Conformité avec le code international sur l'allaitement maternel. • Fournit des conseils aux ministères de l'Agriculture sur la production d'aliments autres que les céréales et sur l'importance de la nutrition dans la santé. • Fournit de l'assistance technique et de la formation pour appuyer les programmes en cours avec des partenaires locaux dans six pays d'Afrique et d'Asie. • Administre des programmes de surveillance des cas d'anémie et de carence en fer ; évalue la couverture des programmes et l'impact de la production domestique de nourriture sur le statut nutritionnel, le revenu des ménages, la consommation de nourriture et l'autonomisation des femmes. • Mène des enquêtes sur l'alimentation, incluant des FRAT, pour déterminer les habitudes alimentaires qui nécessitent un enrichissement et analyser l'impact des friandises enrichies en fer. • Fournit une assistance aux pays pour développer des lignes directrices, des programmes de formation et du matériel pour mettre en œuvre de nouvelles politiques sur la supplémentation en vitamine A pour les enfants malades. • Fait de la recherche opérationnelle sur les programmes de lutte contre l'anémie pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes enfants, et aide à développer des enquêtes nationales pour déceler les carences en fer et l'impact des interventions sur l'anémie. • Intègre le paludisme et la carence en vitamine A dans les interventions. • Surveille les pratiques d'allaitement maternel et évalue l'impact des programmes.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Secteur privé / ONG		
Initiative Micronutriments (IM)	L'Initiative Micronutriment (IM) est une organisation à but non lucratif qui se spécialise dans la lutte contre la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments. IM est dirigée par un Conseil d'administration d'envergure internationale. Elle appuie et promeut l'enrichissement alimentaire et les programmes de supplémentation en Asie, en Afrique, et en Amérique latine. IM fournit du soutien technique et opérationnel dans les pays où la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments est très présente. IM travaille en partenariat avec d'autres agences internationales, des gouvernements et des entreprises du secteur privé.	• Appuie l'Initiative en faveur des aliments frais (FFI), la planification et la mise en œuvre de programmes nationaux d'enrichissement des aliments en fer, en acide folique et autres éléments nutritifs, et les lignes directrices de nature technique. • Recherche et développement : études sur l'efficacité et l'efficience. Fait la promotion de l'utilisation de l'huile de palmier rouge par les ménages et les programmes d'alimentation scolaires en Afrique de l'Ouest ; fait la promotion de la culture et de l'utilisation des patates douces à la chair orange en Afrique australe ; de l'efficacité des patates douces riches en carotène pour améliorer l'alimentation de base contenant de la vitamine A ; de l'efficacité du sel doublement enrichi ; de l'impact des suppléments en fer sur le rendement scolaire. • Fournit des sachets à mélanger et de l'équipement. • Mène des évaluations d'impact nationales et infranationales. • Réalise des études sur la stabilité de la vitamine A. • Fournit de l'aide aux gouvernements pour la planification et la mise en œuvre des programmes et de l'assistance technique sur le raffinage de l'huile. • Expérimente et développe des programmes pour la production et la distribution de nourriture complémentaire ; fait de la recherche sur l'efficacité et l'efficience des aliments complémentaires. • Fournit des comprimés de vitamine A et appuie la mise en œuvre des programmes ; conçoit des technologies pour administrer des gouttes par voie orale ; développe des méthodes de terrain pour l'évaluation biochimique. • Fait la promotion et mène des études d'impact sur les effets de la distribution de micronutriments multiples sur les programmes d'alimentation spéciale. • Fournit des ateliers de formation d'experts et de renforcement des capacités pour comprendre comment développer des programmes efficaces d'enrichissement alimentaire. • Fournit des explications techniques pour l'enrichissement de la farine.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Secteur privé		
Groupe Manoff	Le Groupe Manoff fournit de l'aide sur le plan des communications et de la modification des comportements dans la planification, la gestion et l'évaluation de projets relatifs à la santé, à la nutrition et à la reproduction. Le Groupe Manoff aborde	les questions de nutrition par diverses approches de type programmatique. • Conception stratégique des programmes. • Recherche consultative : Les essais de pratiques améliorées sont la principale méthode utilisée dans le processus de recherche consultative. Ils permettent : – une compréhension approfondie des pratiques en matière d'alimentation des enfants ; – l'adaptation des recommandations en matière d'alimentation aux situations particulières ; – une compréhension des motivations et des contraintes qui influent sur les changements de comportements ; – la flexibilité ; – une recherche rapide et peu coûteuse sur le terrain ; – de rapprocher le programme nutritionnel de la famille et de la communauté ; – une formation en counseling sur la nutrition. • Mobilisation communautaire : Le Groupe Manoff utilise plusieurs approches, incluant le modèle communautaire de promotion de la croissance, la surveillance communautaire et la modification de comportements. • Marketing de produits : Cette démarche est motivée par une stratégie de modification des comportements fondée sur la recherche formative et consultative. Parmi les exemples de produits qui ont fait l'objet d'une campagne de promotion de la part du Groupe Manoff, on retrouve : – des comprimés de fer en Indonésie, au Pakistan, en Inde et en Bolivie, parmi d'autres pays ; – des cachets de vitamine A en Thaïlande, en Indonésie et au Salvador, parmi d'autres pays ; – du sucre enrichi en vitamine A en Zambie, en Bolivie et au Salvador ; – des produits de blé enrichis en fer au Nicaragua. • Les expériences de participation à des programmes nationaux comprennent : – expliquer l'importance de l'allaitement maternel à des familles au Pakistan et en Indonésie ; – l'identification d'aliments nutritifs pour le sevrage des nourrissons et l'éducation sur cette question au Salvador, en Inde et en Zambie ; – le counseling communautaire sur l'importance de la nutrition pour la croissance au Honduras et en République dominicaine, parmi d'autres pays ; – la supplémentation en micronutriments et les programmes d'éducation à la nutrition pour les élèves en Égypte et en Indonésie ; – l'alimentation des jeunes enfants au Salvador, en Inde et au Guatemala. • Le Groupe Manoff a produit des documents utiles sur la santé et la nutrition en général, la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments, la santé des mères et la santé environnementale.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Secteur privé		
Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN)	Le mandat de GAIN est de forger une alliance entre les partenaires des secteurs public et privé et ceux de la société civile engagés dans l'élimination des carences en vitamines et minéraux à l'échelle mondiale. GAIN a adopté les objectifs de la Session spéciale de l'Assemblée des Nations Unies de mai 2002 pour les opérations au niveau des pays : • Éliminer de façon durable les carences en vitamine A d'ici 2010. • Réduire la prévalence de l'anémie, y compris de la carence en fer, d'un tiers d'ici 2010. • Éliminer les troubles liés à la carence en iode d'ici 2005. • Accélérer la progression vers une réduction des autres carences en vitamines et minéraux par la diversification des régimes alimentaires, l'enrichissement alimentaire, la biofortification et la supplémentation.	GAIN entreprend de combiner les forces des organisations des secteurs public et privé pour : • mobiliser les entreprises privées, les donateurs internationaux et les fondations en appui aux initiatives d'enrichissement alimentaire dans les pays à revenu faible ; • faire appel à l'expertise et aux ressources du secteur privé dans le transfert de technologies, le développement des affaires, le commerce et le marketing ; • travailler avec l'ONU et les autres agences multinationales pour instaurer des normes internationales et établir des systèmes pour le contrôle de la qualité ; • se servir des capacités du secteur public pour s'attaquer aux barrières législatives et réglementaires à l'enrichissement alimentaire ; • assurer un plus grand rôle aux ONG et aux organisations civiques dans l'enrichissement alimentaire ; • lier les efforts pour promouvoir l'enrichissement alimentaire aux autres interventions essentielles telles que la supplémentation en micronutriments et la diversification des régimes alimentaires. N.B. : L'enrichissement des aliments de base et des condiments est déterminé par les conditions du pays et non par GAIN. Recherche et développement : • GAIN établira une liste de priorités parmi les besoins (mondiaux et régionaux) sur le plan de la recherche et du développement des capacités. • GAIN applique un code sur l'enrichissement et a mis sur pied un groupe consultatif mondial sur l'enrichissement dans le cadre du programme IMAGE déjà existant de l'OMS. • Élever la nutrition parmi les priorités nationales et travailler à l'avancement des OMD. • Fournir un appui à l'instauration de partenariats par la National Food Authority (NFA).

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Organisme de recherche		
Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI)	La mission d'IFPRI est de fournir des solutions sur le plan des politiques publiques aux problèmes de la faim et de la malnutrition. Cette mission découle de celle du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR) : « Atteindre une sécurité alimentaire durable et réduire la pauvreté dans les pays en développement par la recherche scientifique et les activités liées à la recherche dans les domaines de l'agriculture, l'élevage, la foresterie, la pêche, les politiques publiques et la gestion des ressources naturelles. » Deux prémisses fondamentales sous-tendent la mission d'IFPRI. En premier lieu, des politiques publiques judicieuses et appropriées au niveau local, national et international, sont nécessaires pour atteindre une sécurité alimentaire durable et améliorer la nutrition. En second lieu, la recherche	IFPRI utilise quatre ensembles de critères pour établir ses priorités dans le cadre de sa stratégie nutritionnelle : 1. Le programme doit être conforme à la mission d'IFPRI qui est de fournir des solutions sur le plan des politiques publiques aux problèmes de la faim et de la malnutrition. 2. La recherche et les activités visant à rejoindre les personnes doivent mettre l'accent sur des questions émergentes qui touchent le plus directement possible la sécurité alimentaire, la nutrition et la pauvreté. 3. La recherche, le renforcement des capacités et les activités visant la diffusion des politiques devraient être fondés sur les avantages comparatifs d'IFPRI en termes de capacité à produire des résultats applicables dans plusieurs pays – c'est-à-dire des biens publics internationaux. 4. Les parties prenantes et les partenaires devraient être consultés pour déterminer quel type de recherche sur les politiques alimentaires aidera à développer les meilleures politiques pour réduire la faim et la malnutrition. Ces critères fonctionnent sur le modèle de l'arbre de décision : la recherche et les activités visant à rejoindre les personnes doivent satisfaire aux quatre critères de façon à être inclus dans la planification d'IFPRI. IFPRI accorde une grande priorité aux activités qui bénéficient au plus grand nombre de personnes pauvres se trouvant dans le besoin le plus criant dans les pays en développement. Dans ses activités, IFPRI cherche à mettre l'accent sur les groupes vulnérables, à cause de facteurs sociaux qui concernent la caste, la classe sociale, la religion, l'ethnicité ou le genre. IFPRI s'est également engagé à fournir des informations sur les politiques internationales en matière de nutrition comme bien public mondial ; c'est-à-dire qu'il fournira des informations pertinentes pour les décideurs autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des pays où la recherche est réalisée. On s'attend à ce que de nouvelles connaissances sur les façons d'améliorer la sécurité alimentaire des personnes à faible revenu dans les pays en développement entraînent des bénéfices sociaux importants, mais dans la plupart des cas il est peu probable que le secteur privé entreprenne des recherches pour générer un tel savoir. IFPRI considère les organismes publics et le secteur privé dans les systèmes de nutrition à la fois comme des objets d'étude et comme des partenaires. Étant donné le grand nombre d'études nationales et internationales qui ont été faites sur les politiques alimentaires, la valeur ajoutée d'IFPRI vient de sa recherche avant-gardiste et de ses liens avec d'autres institutions qui font un travail d'excellence, par exemple les autres centres du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR), les universités et d'autres instituts de recherche dans le sud et le nord, ainsi que de l'application de ce savoir aux problèmes nationaux et internationaux de politique alimentaire.

Institutions	*Déclaration de mission / mandat*	*Stratégie nutritionnelle*
Organisme de recherche		
IFPRI (*suite*)	et la diffusion des résultats jouent un rôle crucial dans la qualité des débats et la formation de politiques nutritionnelles judicieuses et appropriées. La mission d'IFPRI implique de mettre fortement l'accent sur la recherche et sur les qualités qui facilitent le changement.	
HarvestPlus	La biofortification est une stratégie visant à amener les plantes à enrichir leurs graines ou leurs racines par la sélection des plants. Une alliance mondiale interdisciplinaire d'institutions de recherche et d'agences a été formée pour développer des variétés de plantes biofortifiées et pour les distribuer à des fermiers dans les pays en développement. HarvestPlus est le nom de ce programme mondial.	• La recherche et le développement sont les principaux champs d'activités de HarvestPlus. • Réalise des études sur les politiques alimentaires et agricoles qui ont un impact sur la qualité des régimes alimentaires des pauvres ; procède à des analyses coûts-bénéfices des interventions alternatives et à des essais sur l'efficacité. • Élabore des messages de marketing social de façon par exemple à encourager les consommateurs à passer des variétés blanches aux variétés jaunes/orange dans la sélection des caroténoïdes contenant de la vitamine A ; élabore des messages pour promouvoir les politiques alimentaires et agricoles qui permettent d'accroître la qualité des régimes alimentaires. • Collabore avec les agences gouvernementales, les ONG et le secteur privé pour distribuer des variétés biofortifiées par l'entremise des marchés de semences existants ou en développant de nouveaux marchés si nécessaire.

Annexe 5.4

Comment investir en nutrition : Un cadre pour choisir des politiques

Décider de la meilleure façon d'améliorer la nutrition peut s'avérer un processus controversé parce que :

- Plusieurs interventions différentes peuvent avoir un effet sur la nutrition.
- Au moins 10 variables doivent être prises en considération lorsqu'on décide quoi faire.
- Les besoins, les priorités et les contraintes varient d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et d'un segment de la population à l'autre au sein d'un pays, de même que dans le temps. Il est donc impossible de généraliser.
- Les gens conçoivent des priorités différentes selon leur compréhension des causes de la malnutrition et leurs connaissances de la panoplie d'interventions possibles.
- Des groupes ou des personnes ont souvent un intérêt direct à ce qu'un type de programme soit développé plutôt qu'un autre.

Ce sont les programmes multisectoriels, qui incluent la plupart des interventions en matière de nutrition énumérées dans le tableau 3.1 du présent volume, qui ont le plus d'impact sur la malnutrition. Pour plusieurs raisons cependant – le manque d'engagement ou de fonds, ou la capacité de gestion –, la plupart des pays où la malnutrition est un problème grave ne peuvent se permettre de mettre en place un programme nutritionnel multisectoriel à l'échelle nationale, à tout le moins à court et à moyen terme. Puisqu'ils ne peuvent tout faire, la question est donc de savoir comment ces pays doivent déterminer leurs priorités.

Les six ensembles de questions qui suivent fournissent un cadre décisionnel pour trouver les réponses. Bien qu'il soit pertinent de les examiner d'abord dans l'ordre présenté, le processus de prise de décision doit être itératif, puisque les réponses à certaines questions qui sont posées plus tard peuvent exiger un nouvel examen des questions précédentes. Il est aussi important de savoir qui se penche sur ces questions que de savoir

comment y répondre. Plus le nombre de partenaires impliqués dans le processus de décision politique est élevé, plus celui-ci risque d'être chaotique et difficile. D'autre part, plus il y a de partenaires qui participent au processus et qui comprennent les raisons des choix politiques, plus l'engagement à mettre en œuvre ces choix risque d'être solide.

Question 1 : Comment l'environnement pose-t-il des contraintes à ce qui peut être fait, et quelles occasions offre-t-il ?

Les différentes options en matière de nutrition doivent être considérées dans le contexte de l'environnement politique, culturel, institutionnel et financier. La première étape dans le processus de décision politique est donc l'analyse de la situation, en se concentrant autant sur les contraintes que sur les occasions.

Contraintes

Les questions qui doivent être posées comprennent :

- L'engagement du gouvernement à réduire la pauvreté, à développer le capital humain et à améliorer la nutrition est-il réel ou uniquement de nature rhétorique ?
- Les politiciens s'intéressent-ils seulement aux programmes en matière de nutrition (certains programmes de subvention de la nourriture, les programmes d'alimentation scolaires) qui leur rapportent des bénéfices politiques, mais qui ont un impact limité sur la nutrition ?
- Dans quelle mesure les contraintes budgétaires limitent-elles la possibilité de lancer de nouvelles initiatives ?
- Dans quelle mesure les contraintes liées à la gestion limitent-elles la possibilité de lancer de nouvelles initiatives ?
- Les problèmes de gouvernance entravent-ils la mise en œuvre des programmes dans le secteur social ?
- Quelles sont les limites des données disponibles sur la nutrition et de la capacité de les analyser ?

Occasions

Les questions qui doivent être posées comprennent :

- Quels politiques et programmes les politiciens favorisent-ils, et comment les investissements dans le domaine de la nutrition peuvent-ils leur permettre de se rapprocher de leurs objectifs ?
- Quelles sont les valeurs culturelles qui pourraient soutenir une plus grande préoccupation envers les questions de nutrition, et quelles organisations communautaires ou traditions d'entraide mutuelle pourraient faciliter la mise en œuvre des programmes ?

- Quelles sont les interventions nutritionnelles existantes à petite échelle qui pourraient être élargies et modifiées pour devenir plus rentables ?
- Quels sont les programmes existants relatifs à la nutrition – dans les domaines de la santé, de l'agriculture, de la protection sociale, de l'eau et de l'hygiène publique – qui ont une capacité institutionnelle sur laquelle on pourrait s'appuyer pour lancer d'autres initiatives ?
- Où retrouve-t-on une capacité institutionnelle à l'extérieur du gouvernement – dans les ONG, les instituts de recherche sociale, les consultants privés ?

Question 2 : Qu'est-ce qui est le plus approprié sur le plan technique et économique ?

Les variables dont il faut tenir compte dans ce cas ont trait à l'épidémiologie et à la rentabilité.

Épidémiologie

Il faut examiner le type de malnutrition, son ampleur et sa gravité, ses causes et ses victimes (âge, sexe et étendue géographique). Les pays ont des besoins très variés sur le plan épidémiologique :

- Dans plusieurs pays à revenus intermédiaire ou élevé, la surnutrition constitue la principale manifestation de malnutrition. Les interventions en matière d'éducation à la nutrition et de politique alimentaire correspondent donc à cette priorité.
- La malnutrition attribuable aux carences en micronutriments est un problème dans plus de 55 pays, autant des pays à faible revenu qu'à revenu intermédiaire. L'enrichissement des aliments s'avère une solution pour la population dans son ensemble, mais la distribution de suppléments est nécessaire pour les groupes à haut risque – par exemple pour les femmes enceintes anémiques qui ont besoin de plus de fer que ce qu'elles peuvent absorber uniquement à partir des aliments enrichis.
- La malnutrition protéino-énergétique constitue un problème dans plus de 60 pays. Il est crucial de se pencher sur ses causes. Les mauvaises pratiques en matière d'alimentation et de soins des nourrissons sont la cause la plus répandue de malnutrition protéino-énergétique, et les solutions afférentes sont le suivi de la croissance et l'éducation relative à l'allaitement et au sevrage, de même qu'un régime alimentaire plus approprié pour les femmes enceintes et les femmes en période de lactation. Si la maladie est une importante cause de malnutrition, alors les interventions en santé, sur le plan de la fourniture d'eau et de l'hygiène publique peuvent être tout aussi importantes ; et si la sécurité alimentaire constitue un problème, alors les interventions indirectes pour s'attaquer à la malnutrition devraient être considérées (voir plus bas). Le cadre d'analyse élaboré par l'UNICEF sur l'alimentation et les soins de

santé pour comprendre les causes de la malnutrition est utile dans ce cas (UNICEF, 1990).
- La malnutrition attribuable aux carences en micronutriments et la malnutrition protéino-énergétique constituent toutes les deux un problème dans plus de 50 pays.

Rentabilité

Les interventions directes pour lutter contre la malnutrition sont toutes rentables. Mais la rentabilité varie selon les interventions et les circonstances du pays. Par exemple :
- Même si les interventions contre la malnutrition protéino-énergétique et celles contre la malnutrition due aux carences en micronutriments sont toutes deux des façons rentables de réduire la malnutrition, ces dernières sont relativement plus rentables que les premières (Lomborg, 2004) parce que leur coût par client est moins élevé et qu'elles peuvent facilement être intégrées aux programmes de santé existants.
- Si un pays a déjà investi dans un type de programme, il est souvent plus rentable de l'améliorer ou de l'élargir plutôt que de créer un programme différent parce que l'investissement additionnel permettant de réduire les obstacles à un meilleur rendement d'un programme existant a habituellement des conséquences plus positives.

Les considérations liées à la rentabilité et à l'épidémiologie doivent s'équilibrer. Les programmes de promotion de la croissance qui se concentrent sur l'amélioration des pratiques en matière de soins ont généralement été négligés parce qu'il existe des groupes de pression qui demandent des investissements en santé et en agriculture, mais aucun dans les soins. Et pourtant, les mauvaises pratiques en matière de soins sont probablement la principale cause de malnutrition protéino-énergétique dans le monde. Si ce problème existe dans des pays et qu'on ne s'en occupe pas systématiquement, ces derniers doivent se garder d'investir uniquement dans des programmes peu coûteux de distribution de micronutriments, ou dans l'élargissement de programmes visant la sécurité alimentaire, simplement parce qu'ils sont déjà en place.

Question 3 : Qu'est-ce qui fonctionne réellement sur le terrain ?

Les variables clés dans ce cas sont l'engagement, la capacité et le caractère abordable.

Engagement

Les programmes en matière de nutrition démarrent et ne survivent que si les politiciens et les fonctionnaires clés, de même que les communautés locales, les appuient. Les décisions concernant les investissements ne

devraient donc pas être prises uniquement sur la base de la faisabilité économique et technique, mais aussi en considérant ce qui est faisable politiquement. Par exemple, les investissements qui touchent les enfants sont souvent politiquement populaires. S'attaquer à la malnutrition au moyen de programmes de développement des enfants peut donc s'avérer politiquement rentable, tout en procurant des bénéfices découlant de la synergie entre différentes approches simultanées visant à améliorer la santé, la nutrition et la stimulation précoce des enfants.

Capacité

La capacité technique limitée des pays fait en sorte qu'il leur est souvent difficile de concevoir des programmes en matière de nutrition, et leur capacité de gestion limitée réduit la possibilité d'élargir les programmes, de garantir leur qualité et de rendre les fournisseurs de services responsables de l'atteinte de résultats. Lorsque la capacité est restreinte, il est plus pertinent de commencer par des interventions nutritionnelles qui s'appuient sur la capacité existante. Il est généralement possible de s'appuyer sur la capacité existante du système de santé : l'intégration d'un programme de distribution de suppléments en vitamine aux services de vaccination en est un exemple, de même que l'intégration d'interventions nutritionnelles aux services des cliniques de santé au moyen de l'approche de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. L'enrichissement des aliments se fonde sur la capacité actuelle des manufacturiers et distributeurs privés de nourriture. De même, plusieurs gouvernements se sont servis avec succès de la capacité existante des ONG pour fournir des services de promotion de la croissance.

Caractère abordable

Les interventions nutritionnelles peuvent parfois avoir un effet déterminant et s'avérer très rentables tout en étant hors de prix à grande échelle. Des projets à petite échelle financés par des donateurs aboutissent fréquemment au développement d'interventions efficaces mais très dispendieuses, sans qu'on se demande si elles pourraient être reproduites à grande échelle. Il est donc essentiel que les gouvernements et les partenaires du développement s'entendent pour tester des projets qui pourraient être élargis. Parmi les interventions qui sont habituellement abordables à grande échelle à cause de leurs faibles coûts, mentionnons la distribution de suppléments en vitamine A et en iode, l'enrichissement des aliments et la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Question 4 : Quel est le meilleur équilibre entre les interventions directes et indirectes ?

Les interventions directes sont généralement la façon la plus rentable d'améliorer la nutrition. Une liste des interventions qu'on considère

habituellement comme directes (approche courte) est fournie dans le tableau 3.1 du présent rapport.

Une certaine confusion existe en ce qui a trait à la place de la nourriture en tant qu'intervention. Traditionnellement, les interventions en matière de sécurité alimentaire étaient classées comme indirectes parce que, bien qu'elles permettaient d'améliorer la sécurité alimentaire d'une maisonnée, elles pouvaient échouer à modifier directement le statut nutritionnel de certains de ses membres qui étaient à risque – les nourrissons, par exemple. Il semble toutefois inapproprié de classer la nourriture comme une intervention indirecte lorsqu'elle améliore directement le statut nutritionnel, comme dans les cas suivants :

- La distribution de suppléments alimentaires qui cible les enfants de moins de 3 ans dont la croissance chancelle dans le TINP (Heaver, 2003a). Ces suppléments ont à la fois amélioré leur nutrition et ont montré aux mères les avantages nutritionnels qu'entraîne l'apport de petites quantités de nourriture additionnelle.
- La distribution de suppléments alimentaires qui cible les femmes enceintes avec un IMC peu élevé au Bangladesh (Pelletier, Shekar et Du, à paraître), qui a substantiellement amélioré leur statut nutritionnel.
- L'aide alimentaire qui cible sur une base géographique les familles dans les régions touchées par la famine en Éthiopie, qui a elle aussi entraîné des bénéfices nutritionnels directs (Yamano, Alderman et Christiaensen, 2004). L'aide alimentaire aux familles déplacées par les conflits, ou qui ne comptent pas d'adulte en état de travailler à cause de la guerre ou du sida, en est un autre exemple.
- Les programmes de distribution de nourriture sur une base saisonnière en échange d'un travail de façon à ce que les familles puissent maintenir leur niveau de consommation d'aliments durant la saison où la nourriture est peu abondante avant la récolte, ou lorsque la récolte est mauvaise.

La distribution ciblée de suppléments alimentaires peut donc être considérée comme une intervention directe. Un examen utile des avantages et désavantages des différentes sortes de filets de sécurité nutritionnels a été réalisé par Rogers, Lorge et Coates, 2002.

Les interventions indirectes comptent habituellement parmi les investissements de second ordre lorsque vient le temps de déterminer les façons d'améliorer la nutrition. Elles peuvent toutefois se ranger parmi les priorités dans certaines circonstances, comme :

- La vaccination est une priorité lorsque la couverture est minimale, puisque les maladies infectieuses courantes entraînent une défaillance de la croissance des enfants.
- La réhydratation par voie orale est une priorité lorsque la diarrhée devient une cause majeure de malnutrition ; les programmes de

fourniture d'eau potable et d'hygiène publique peuvent également être efficaces pour réduire la prévalence de la diarrhée (Fewtrell et Colford, 2004).
- Le traitement du paludisme et des parasites intestinaux peut aussi être une priorité lorsqu'une contamination élevée affaiblit la capacité des enfants d'absorber les éléments nutritifs.

Dans les autres cas, la rentabilité relative des interventions indirectes justifie rarement de leur consacrer des fonds aux dépens des interventions directes dans une perspective purement nutritionnelle. Par exemple, stimuler la croissance économique a pour effet d'améliorer la nutrition, mais cela prend tellement de temps que ce n'est pas une intervention nutritionnelle prioritaire – même si, évidemment, la croissance économique est nécessaire pour réduire la pauvreté monétaire et pour financer les revenus gouvernementaux qui serviront à payer les interventions directes en matière de nutrition. Mais les gouvernements financent de nombreuses interventions indirectes de toute façon, en vue de réduire la pauvreté monétaire. Lorsque ces interventions reçoivent déjà des fonds, il est souvent possible de modifier leur fonctionnement pour qu'elles aient un impact sur la nutrition en plus des revenus. Par exemple :
- En ciblant les programmes de création d'emploi pour les familles qui souffrent de malnutrition, comme c'est le cas des activités d'élevage de volaille au sein du Programme national de nutrition du Bangladesh.
- En combinant les programmes de microcrédit et de soutien au revenu à une éducation à la nutrition, ce qui augmente les chances qu'une partie du revenu additionnel soit dépensée sur l'amélioration de la nutrition.
- En coordonnant la mise en œuvre des programmes de fourniture d'eau, d'hygiène publique, de santé et de nutrition de façon à maximiser leur synergie, comme l'ont fait le Projet sur la nutrition et la santé au Honduras (Banque mondiale, 1992) et le Projet de nutrition communautaire au Sénégal (Banque mondiale, 2001b).

Question 5 : Qui obtient quelle proportion des bénéfices ?

Les variables clés dans ce cas sont la couverture, l'intensité, la qualité et le ciblage.

Couverture, intensité et qualité

Les gouvernements se préoccupent souvent de la couverture des programmes, autant pour rejoindre le plus de clients dans le besoin possible que pour profiter des retombées politiques de l'extension d'un programme dans une nouvelle région. Mais lorsque les ressources sont rares, il y a un choix important à faire entre la couverture d'un programme d'une part et son intensité et sa qualité d'autre part.

L'intensité se mesure par la quantité d'argent dépensé pour un bénéficiaire ou pour un nombre de travailleurs dans une population bénéficiaire donnée. Des chercheurs (Mason *et al.*, à paraître) soutiennent que, pour atteindre un niveau raisonnable de qualité et d'impact, les programmes de nutrition communautaires doivent consacrer entre 5 et 10 $ par année à chaque enfant, et compter environ un travailleur à temps plein (ou un nombre correspondant de travailleurs à temps partiel) pour chaque groupe de 500 familles visées. Plusieurs programmes ont cherché à atteindre des niveaux élevés de couverture aux dépens de l'intensité et de la qualité. Le Programme intégré de services au développement de l'enfance en Inde (ICDS), dont la qualité et l'impact sont médiocres, et qui consacre environ 2 $ seulement par année à la nutrition de chaque enfant, en est un exemple.

Ciblage

Il y a donc un choix, souvent ignoré, à faire entre rejoindre un grand nombre de clients avec un programme de qualité médiocre, et rejoindre un plus petit nombre de clients avec un programme de meilleure qualité. D'un point de vue épidémiologique et économique, il est rationnel de cibler une aire géographique limitée ou une population à haut risque présentant des taux de malnutrition élevés avec un programme à haute intensité et de haute qualité, au lieu de chercher à atteindre une couverture universelle de qualité médiocre. Un ciblage sur la base des besoins les plus pressants est non seulement équitable, mais souvent la façon la plus rapide d'obtenir des résultats parce qu'il est plus facile de réduire la malnutrition d'un niveau élevé à un niveau moyen que d'un niveau moyen à un faible niveau. Par exemple, le TINP, qui ciblait les enfants vulnérables de moins de 3 ans, a été capable de réduire la malnutrition grave durant les deux premières années pendant lesquelles le programme a été étendu à une nouvelle région, la faisant passer d'environ 8 % à 4 %.

Même s'il peut être rationnel d'un point de vue épidémiologique et économique de cibler les plus démunis avec des programmes à haute intensité, cela pourrait ne pas être politiquement rentable, puisqu'ils sont rarement des électeurs influents. Le choix entre un ciblage précis et l'appui des milieux politique et communautaire peut être résolu de diverses manières. Dans le cas du TINP, un programme qui ciblait très précisément les enfants mal nourris de moins de 3 ans en leur distribuant des suppléments alimentaires, on rejoignait seulement 25 % des enfants à un moment particulier ; mais comme la plupart des enfants connaissaient de temps à autre une défaillance de croissance, 75 % des enfants au total ont bénéficié des suppléments – ce qui a permis d'assurer un appui très large pour le programme au sein de la communauté (Heaver, 2003a).

Question 6 : Comment les choses devraient-elles évoluer ?

Si les fonds ne sont pas disponibles pour financer des programmes d'intensité et de qualité adéquates qui rejoignent tout le monde, et si un ciblage précis des populations qui en ont le plus besoin est politiquement difficile, on peut contourner ce choix en repoussant à plus tard les interventions coûteuses à haute intensité et en se concentrant à court terme sur les interventions moins coûteuses qui rejoignent plus de gens. En pratique, cela signifie habituellement qu'on se concentre sur les programmes de distribution de micronutriments (voir la Question 2), qui peuvent souvent répondre en même temps aux considérations financières et politiques. Puisque la malnutrition attribuable à une carence en micronutriments est un problème grave et largement répandu, ces programmes comptent aussi parmi les priorités sur le plan épidémiologique.

On doit toutefois s'attaquer aussi à la malnutrition protéino-énergétique dans les pays pauvres, où elle est responsable de la moitié des décès d'enfants, ainsi qu'à la maladie, aux faibles taux de fréquentation scolaire et aux résultats scolaires médiocres. Les programmes de promotion de la croissance infantile étant ceux dans lesquels beaucoup de pays ont investi le moins, et ceux qui sont parmi les plus coûteux, il peut être très difficile pour un pays pauvre de décider quoi faire pour s'attaquer à la malnutrition protéino-énergétique, et quand le faire. Quatre règles générales peuvent aider à planifier ces décisions.

Il faut être pragmatique lorsqu'on élabore des plans à court terme

Les priorités pour les cinq prochaines années doivent être déterminées de façon pragmatique, en se fondant sur un ensemble de critères : ce qui est important d'un point de vue épidémiologique ; ce qui recevra un appui politique ; ce qui est rentable et abordable ; et ce qui peut être mis en œuvre en utilisant la capacité de gestion existante et en tenant compte des investissements passés indiquant là où on peut en faire plus. L'encadré 5.2 du présent rapport offre quelques exemples de ce que les pays peuvent faire à court terme lorsque l'engagement ou les capacités financières et de gestion sont faibles.

Il faut développer une vision à long terme

Il faut élaborer un plan décrivant les types et la couverture désirés des programmes en matière de nutrition, de même que les politiques, les institutions, l'engagement, la capacité et le financement qui doivent être mis en place sur une période de 10 à 15 ans pour les rendre possibles et les appuyer. On devrait se servir des données sur les niveaux et les tendances de la malnutrition et sur ses causes (insécurité alimentaire, mauvaise santé

et pratiques inadéquates en matière de soins) pour déterminer les interventions nécessaires.

Il faut établir des fondements pour l'avenir

On doit intégrer dans le plan à court terme une série d'activités additionnelles pouvant être mises en œuvre pour que le pays soit mieux préparé pour développer sa vision à long terme. Ces activités peuvent inclure une analyse des politiques ; l'élaboration d'une base de données et d'expériences ; des campagnes de promotion et la conclusion d'alliances pour renforcer l'engagement envers la nouvelle génération de programmes (pour plus de détails, voir Heaver, 2005b) ; et une recherche active par la mise en œuvre de projets à petite échelle permettant de tester les stratégies de fourniture de services, et en particulier de déterminer avec quelle intensité les ressources doivent être utilisées pour atteindre un niveau acceptable de qualité et d'impact.

Il ne faut pas esquiver les décisions difficiles concernant la réorientation des ressources

Le processus de préparation des Documents de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP) est censé faciliter l'établissement d'un ordre de priorités entre les interventions visant à réduire la pauvreté. Même si la plupart des PRSP considèrent présentement la malnutrition comme un important symptôme de pauvreté, ils négligent d'inclure les interventions ou les budgets qui permettraient d'améliorer la nutrition ; ils incluent uniquement des fonds pour les programmes de distribution de micronutriments ; ou ils considèrent comme des interventions nutritionnelles les programmes d'alimentation scolaires qui n'ont que peu d'impact sur la nutrition (Shekar et Lee, 2005).

La malnutrition est à la fois une cause majeure de pauvreté monétaire et une manifestation évidente de la pauvreté. Pour avoir un sens, le processus de préparation des PRSP doit donc servir à rediriger les ressources des utilisations qui n'ont que peu d'impact sur la pauvreté à celles qui permettent de s'attaquer à la malnutrition. Il faut s'assurer que :

- Les éléments qui contribuent peu à l'amélioration de la nutrition ne soient pas inclus dans le budget consacré à la nutrition (par exemple les programmes d'alimentation scolaires, qui servent surtout à accroître les taux de fréquentation scolaire, devraient être financés par le budget de l'éducation et non celui consacré à la nutrition).
- Des ressources soient redirigées des interventions indirectes à faible impact vers les interventions à impact élevé visant la malnutrition protéino-énergétique et qui ciblent les groupes à haut risque, s'il n'y a pas de fonds suffisants pour financer les deux (par exemple, on peut utiliser autrement les ressources consacrées aux subventions alimen-

taires ou aux programmes de création d'emploi qui n'ont aucun impact direct sur la sécurité alimentaire et la nutrition).
- Des ressources soient redirigées des autres secteurs qui n'ont qu'un impact direct minime sur la pauvreté aux programmes nutritionnels (par exemple en réduisant les subventions énergétiques ou en vendant des entreprises publiques).

Annexe 5.5

Comment construire une matrice pour déterminer les priorités d'un pays

La construction de la matrice dans la figure 5.2 (voir page 131) se fonde sur les données de prévalence disponibles[1] pour l'insuffisance pondérale (poids pour âge < deux écarts-types), le retard de croissance (taille pour âge < deux écarts-types), la surcharge pondérale (poids pour taille > deux écarts-types), l'anémie causée par une carence en fer et la carence en vitamine A infraclinique chez les enfants des pays qui reçoivent de l'aide de la Banque mondiale. L'information sur la prévalence du dépérissement (poids pour taille < deux écarts-types) et les troubles liés à la carence en iode, mesurés par le pourcentage total d'individus affectés par le goitre, sont également inclus.

Sur les 146 pays qui sont éligibles au financement de la Banque mondiale, des données relatives au retard de croissance et/ou à l'insuffisance pondérale sont disponibles pour 126 d'entre eux, des données relatives à la surcharge pondérale le sont pour 82 pays, et des données relatives à l'anémie causée par une carence en fer et à la carence en vitamine A le sont pour 80 pays. Des données sont disponibles en ce qui a trait au dépérissement et aux troubles liés à la carence en fer pour 120 et 70 pays respectivement. Les données sur les tendances ne sont toutefois disponibles que dans le cas de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance pour la plupart des pays.

Limite servant à déterminer si les problèmes de nutrition constituent un problème de santé publique significatif

Importance du problème	*Retard de croissance*[a]	*Insuff. pond.*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*[b]	*Carence en fer*[c]	*Carence en vit. A*[c]	*Carence en iode*[c]
Grave	≥40	≥30	≥15	≥10	≥40	≥20	≥30
Modéré	30-39	20-29	10-14	5-9	20-39	10-20	20-29
Léger	20-29	10-19	5-9	3-4	5-19	2-9	5-19

a. OMS, 1995, 2000.

b. Par définition, seulement 2,3 % des enfants devraient avoir un poids pour taille se situant à deux écarts-types au-dessus de la référence internationale. Les pays qui ont plus qu'une fois, deux fois ou

trois fois ce taux normal de prévalence sont respectivement caractérisés comme ayant des taux légers, modérés et graves de surcharge pondérale.

c. OMS, 2000.

Aux fins de cette évaluation d'un ordre de priorités parmi les pays pour les interventions en matière de nutrition, nous avons utilisé des limites qui correspondent à une malnutrition modérée pour l'insuffisance pondérale, le dépérissement, l'anémie causée par une carence en fer, la carence en vitamine A et les troubles liés à la carence en iode. Cependant, en tenant compte du fait que le retard de croissance est un indicateur de dénutrition chronique, et des conséquences à long terme d'un retard de croissance même léger sur la productivité économique (voir le chapitre 1), de même que de l'émergence du phénomène des maladies non transmissibles (MNT), nous avons utilisé des limites moins élevées (correspondant à un retard de croissance et à un surpoids légers) pour déterminer quels sont les pays où ces projets doivent être poursuivis au moyen d'un appui des partenaires du développement. Voir la figure 5.2 et le texte qui l'accompagne.

Notes

1. Les données sur le retard de croissance, l'insuffisance pondérale, le dépérissement et les troubles liés à la carence en iode sont tirées de SCN, 2004. Les données sur la carence en vitamine A et l'anémie causée par une carence en fer proviennent de l'UNICEF et de MI, 2004b. Les données sur la surcharge pondérale sont tirées de De Onis et Blossner, 2000.

Annexe 5.6

Le statut nutritionnel des enfants

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Afrique subsaharienne										
Afrique du Sud	65	22,8	9,2	2,5	6,7	33	37	16	-0,108	
Angola	260	45,2	30,5	6,3		55	72	33	-0,033	-0,057
Bénin	151	30,7	22,9	7,5	1,3	70	82	4	0,041	-0,049
Botswana	110	23,1	12,5	5,0		30	37	17	-0,056	-0,080
Burkina Faso	207	36,8	34,3	13,2	1,6	46	83	29	0,017	0,008
Burundi	208	56,8	45,1	7,5	1,1	44	82	42		
Cameroun	166	29,3	22,2	5,9	2,9	36	58	12	0,017	0,055
Cap-Vert	38	16,2	13,5	5,6						
Congo, rép,	108	27,5	23,9	5,5		32	55	36		
Congo, rép, dém,	205	38,1	31,0	13,4		58	58		-0,028	-0,017
Côte d'Ivoire	191	25,1	21,2	7,8	1,5				0,006	-0,023
Érythrée	80	37,6	39,6	12,6		30	75	10	-0,047	-0,007
Éthiopie	171	51,5	47,2	10,5		30	85	23	-0,028	0,003
Gabon	85	20,7	11,9	2,7		41	43	27	0,005	-0,008
Gambie	126	19,1	17,1	8,2		64	75	20	-0,114	-0,107
Ghana	97	25,9	24,9	9,5	1,9	60	65	18	0,000	-0,018

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Guinée	165	41,0	33,0	9,1		40	73	23	0,041	0,034
Guinée équatoriale	152									
Guinée-Bissau	211	30,4	25,0	10,3		31	83	17		
Île Maurice	19	9,7	14,9	13,7	4,0					
Îles Comores	79	42,3	26,0	11,5	3,8				0,031	0,031
Kenya	122	33,0	22,1	6,1	3,5	70	60	10	-0,003	-0,008
Lesotho	132	45,4	17,8	5,4		54	51	19	0,045	0,003
Liberia	235	39,5	26,5	6,0		38	69	18		
Madagascar	135	48,6	33,1	7,4	1,0	42	73	6	-0,008	-0,023
Malawi	182	49,0	25,4	5,5	6,7	59	80	22	0,000	-0,013
Mali	222	38,2	33,2	10,6	1,3	47	77	42	-0,048	0,042
Mauritanie	183	34,5	31,8	12,8		17	74	21	-0,050	-0,040
Mozambique	205	35,9	26,1	7,9		26	80	17	-0,213	-0,017
Namibie	67	28,5	26,2	8,6	3,3	59	42	18		
Niger	264	39,7	40,1	13,6	1,1	41	57	20	0,002	0,000
Nigeria	201	33,5	30,7	15,6	3,3	25	69	8	-0,026	-0,019
Ouganda	141	39,1	22,8	4,1	2,8	66	64	9	0,003	-0,019
Rép. centrafricaine	180	28,4	23,2	6,4	0,8	68	74	11		-0,010
Rwanda	203	42,6	24,3	6,8	2,1	39	69	13	-0,017	-0,024
São Tomé-et-Principe	118	28,9	12,9	3,6						
Sénégal	138	25,4	22,7	8,4	2,6	61	71	23	-0,012	0,005
Seychelles	16	5,1	5,7	2,0	3,5					
Sierra Leone	284	33,8	27,2	9,9		47	86	16	-0,003	-0,005
Somalie	225	23,3	25,8	17,2						
Soudan	94	34,3	40,7	13,1						0,026
Swaziland	149	30,2	10,3	1,3		38	47	12		
Tanzanie	165	43,8	29,4	5,4	2,5	37	65	16	0,002	0,003

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Tchad	200	29,1	28,0	11,2		45	76	24	-0,107	-0,109
Togo	140	21,7	25,1	12,3	2,5	35	72	14	-0,225	0,139
Zambie	182	46,8	28,1	5,0	3,3	66	63	25	0,016	0,018
Zimbabwe	123	26,5	13,0	6,4	4,2	28	53	9	0,043	-0,035
Asie de l'Est et Pacifique										
Cambodge	138	44,6	45,2	15,0		42	63	18	-0,045	-0,012
Chine	38	14,2	10,0	2,2	4,3	12	8	5	-0,111	-0,078
Îles Fidji	21	2,7	7,9	8,2	1,2					
Îles Marshall	66									
Îles Salomon	24	25,7	21,3	6,6	1,1					
Indonésie	43	42,2	24,6		4,0	26	48	10		-0,046
Kiribati	69	28,3	12,9	10,8	11,1					
Laos	100	40,7	40,0	15,4		42	54	14	-0,024	-0,009
Malaisie	8		20,1							-0,047
Micronésie	24									
Mongolie	71	24,6	12,7	3,6	3,9	29	37	15	-0,010	0,003
Myanmar	108	41,6	28,2	8,2		35	48	17	0,007	-0,002
Palau	29									
Papouasie–N.-Guinée	94	43,2	29,9	5,5	1,6	37	40			
Philippines	37	32,1	31,8	6,5	0,8	23	29	15	-0,017	-0,006
Samoa	25	3,8	4,2							
Thaïlande	28	13,4	17,6	5,4	1,2	22	22	13	-0,089	-0,028
Timor oriental	126	46,7	42,6							
Tonga	20	1,3		0,9						
Vanuatu	42	20,1	12,1	5,5					0,051	
Vietnam	26	36,5	33,8	8,6	0,7	12	39	11	-0,045	-0,029

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Europe et Asie centrale										
Albanie	24	31,7	14,3	11,1					0,097	0,284
Arménie	35	12,9	2,6	1,9	6,3	12	24	12	0,017	-0,075
Azerbaïdjan	96	19,6	16,8	8,0	3,7	23	33	15	-0,031	0,127
Bélarus	20									
Bosnie-Herzégovine	18	9,7	4,1	6,3						
Bulgarie	16									
Croatie	8	0,8	0,6	0,8	5,9				0,067	-0,077
Estonie	12									
Géorgie	29	11,7	3,1	2,3		11	33	21		
Hongrie	9	2,9	2,2	1,6	2,0					
Kazakhstan	99	9,7	4,2	1,8	4,3	19	49	21	-0,122	-0,170
Kirghizstan	61	24,8	5,8	3,4		18	42	21		-0,160
Lettonie	21									
Lituanie	9									
Macédoine	26	6,9	5,9	3,6	5,0					
Moldavie	32									
Ouzbékistan	65	31,3	18,8	11,6	14,4	40	33	24		
Pologne	9									
Rép. tchèque	5	1,9	1,0	2,1	4,1					
Roumanie	21	10,1	3,2	2,3	2,3				0,023	-0,060
Russie	21	11,0	5,5						-0,074	0,054
Serbie et Monténégro	19	5,1	1,9						-0,072	0,043
Slovaquie	9									
Tadjikistan	116	30,9		4,9		18	45	28	0,000	
Turkménistan	86	22,3	12,0	5,7		18	36	11		
Turquie	41	16,0	8,3	1,9	2,9	18	23	23	-0,050	-0,047
Ukraine	20	15,9	3,2	6,2						

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Amérique latine et Caraïbes										
Argentine	19	12,4	5,4	3,2	7,3				0,485	0,522
Belize	40		6,2							
Bolivie	71	26,8	7,6	1,3	6,5	23	59	4	0,000	-0,053
Brésil	37	10,5	5,7	2,3	4,9	15	45	4		
Chili	12	1,5	0,8	0,3	7,0		8		-0,121	-0,052
Colombie	23	13,5	6,7	0,8	2,6				-0,021	-0,045
Costa Rica	11	6,1	5,1	2,3	6,2					0,083
Dominique	15									
Équateur	29	26,4	14,3	2,4						
Grenade										
Guatemala	49	46,4	24,2	2,5	4,0	21	34	16	-0,017	-0,024
Guyane	72	10,0	11,8	11,4	2,3					-0,046
Haïti	123	22,7	17,3	4,5	2,8	32	66	12	-0,040	-0,044
Honduras	42	29,2	16,6	1,1	1,4	15	34	12	-0,029	-0,008
Jamaïque	20	4,4	3,8	3,8	6,0				-0,068	-0,061
Mexique	29	17,7	7,5	2,0	3,7				-0,217	-0,271
Nicaragua	41	20,2	9,6	2,0	2,8	9	47	4	-0,010	-0,013
Panama	25	18,2	8,1	1,0	3,7				0,122	0,057
Paraguay	30	13,9	3,7	0,3	3,9	13	52	13		
Pérou	39	25,4	7,1	0,9	6,4	17	50	10	-0,028	-0,051
Rép. dominicaine	38	6,1	4,6	1,5	2,8	18	25	11	-0,110	-0,090
Sainte-Lucie	19	10,8	13,8	6,1	2,5					
Saint-Kitts-et-Nevis	24									
Saint-Vincent-et-les-Gr.	25	23,5	19,5							
Salvador	39	18,9	10,3	1,4	2,2	17	28	11	-0,021	-0,008
Surinam	40	9,8	13,2	6,5						

TVA dans le pays	*U5MR*	*Retard de croissance*	*Insuff. pondérale*	*Dépériss.*	*Surcharge pondérale*	*Carence vit. A*	*Carence en fer*	*Carence en iode*[a]	*TVA retard crois.*	*TVA insuff. pond.*
Trinité-et-Tobago	20	3,6	5,9	4,4	3,0					
Uruguay	15	9,5	4,4	1,4	6,2					
Venezuela	22	12,8	4,4	3,0	3,0	5	41	10	0,002	-0,032
Moyen-Orient et Afrique du Nord										
Algérie	49	18,0	6,0	2,7	9,2				-0,001	-0,063
Djibouti	143	25,7	18,2	12,9						
Égypte	39	18,7	4,0	5,1	8,6	7	31	12	-0,045	-0,057
Iran	41	15,4	10,9	4,9	3,3	23	32	9	-0,068	-0,122
Irak	125	22,1	15,9	5,9					0,002	0,032
Jordanie	33	7,8	5,1	1,9	5,7				-0,101	-0,033
Liban	32	12,2	3,0	2,9		20	21	11		
Maroc	43	23,1	9,5	2,2	6,8	29	45		-0,009	-0,011
Syrie	28	18,8	6,9	3,8		8	40	8	-0,044	-0,089
Tunisie	26	12,3	4,0	2,2	3,5				-0,101	-0,148
Yémen	114	51,7	46,1	12,9	4,3	40	59	16	0,024	0,061
Asie du Sud										
Afghanistan	257	47,6	49,3	16,1	4,0	53	65	48		
Bangladesh	73	44,7	47,7	10,3	1,1	28	55	18	-0,030	-0,023
Bhoutan	94	40,0	18,7	2,6	2,0	32	81			
Inde	90	44,9	46,7	15,7	1,6	57	75	26	-0,024	-0,024
Maldives	77	36,0	45,0	20,0	1,2				0,060	0,031
Népal	83	50,5	48,3	9,6	0,5	33	65	24	-0,016	0,001
Pakistan	101	36,3	38,2	14,2	3,1	35	56	38	-0,104	-0,005
Sri Lanka	19	20,4	32,9	13,3	0,1				-0,077	-0,015

TVA = Taux de variation annuelle
U5MR = Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
Voir également la figure 2.12 et les cartes 1.1 à 1.4.
a. Pourcentage total d'individus affectés par le goitre.

Références bibliographiques

ACC/SCN (Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition of the United Nations). 1997. «Effective Programmes in Africa for Improving Nutrition, Including Household Food Security», Symposium Report. *SCN News* 15. Genève.

ACC/SCN. 2000. *Low birthweight : Report of a Meeting in Dhaka, Bangladesh on 14–17 June 1999*, éd. J. Pojda et L. Kelley, Nutrition Policy Paper #18. Genève : ACC/SCN en collaboration avec ICDDR,B.

Acharya, Karabi, Tina Sanghvi, Serigne Diene, Vandana Stapleton, Eleonore Seumo, Sridhar Srikantiah *et al*. 2004. *Using 'Essential Nutrition Actions' (ENA) to Accelerate Coverage with Nutrition Interventions in High Mortality Settings.* Published for the U.S. Agency for International Development by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) Project, Arlington (Virginie).

Adams, R.H. 1998. «The Political Economy of the Food Subsidy System in Bangladesh», *Journal of Development Studies*, 35 (1) : 66-88.

AED (Academy for Educational Development). 2003. PROFILES : Summary of assessment findings and future directions. En ligne : www.aedprofiles.org/media/publications/PROFILES%20EVALUATION%20BRIEF.pdf.

Aguayo, V.M., S.K. Baker, X. Crespin, H. Hamani et A. Mamadoultaibou. 2005. « Maintaining High Vitamin A Supplementation Coverage in Children : Lessons from Niger », New York : Helen Keller International Africa, Nutrition in Development Series, Issue 5.

Alderman, Harold. 2002. « Subsidies as a Social Safety Net : Effectiveness and Challenges », Washington, D.C. : Banque mondiale, Social Protection Discussion Paper 0224.

Alderman, Harold et Jere R. Behrman. 2004. « Estimated Economic Benefits of Reducing Low Birth Weight in Low-Income Countries », Washington, D.C. : World Bank HNP Discussion Paper.

Alderman, Harold et Kathy Lindert. 1998. « The Potential and Limitations of Self-Targeted Food Subsidies », Oxford : Oxford University Press. *World Bank Research Observer,* 13 (2) : 213-229.

Alderman, Harold, J.G.M. (Hans) Hoogeveen et Mariacristina Rossi. 2005. « Reducing Child Malnutrition in Tanzania : Combined Effects of Income

Growth and Program Interventions », Washington, D.C. : World Bank Policy Research Working Paper 3567.

Allen, Lindsay H. et Stuart R. Gillespie. 2001. *What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions.* Genève : United Nations Administrative Committee on Coordination Subcommittee on Nutrition, Asian Development Bank, and International Food Policy Research Institute.

Anderson, M.A. 1981. « Health and Nutrition Impact of Potable Water in Rural Bolivia », *Journal of Tropical Pediatrics,* 27 : 39-46.

Attanasio, Orazio, Erich Battistin, Elma Fitzsimons, Alice Mesnard et Marcos Vera-Hernández. 2005. « How Effective Are Conditional Cash Transfers? Evidence from Colombia », Londres : The Institute for Fiscal Studies, Briefing Note nº 54.

Banque mondiale. 1989. Mozambique – Food Security Study. Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 1994a. *Impact Evaluation Report. India : Tamil Nadu Integrated Nutrition Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale, Operations Evaluation Department.

———. 1994b. *Enriching Lives : Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries.* Washington, D.C. : World Bank Development in Practice Series.

———. 1998. *Implementation Completion Report. Sri Lanka : Poverty Alleviation Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 1999a. *Consumer Food Subsidy Programs in the MENA Region.* Washington, D.C. : World Bank Report nº 19561.

———. 1999b. *Implementation Completion Report. Republic of Madagascar : Food Security and Nutrition Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 1999c. « Consumer Food Subsidy Programs in the MENA Region », Report nº 19561-MNA. Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2000. *Voices of the Poor : Can Anyone Hear Us?* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2001a. *Implementation Completion Report. People's Republic of China : Iodine Deficiency Disorders Control Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2001b. *Implementation Completion Report. Republic of Senegal : Community Nutrition Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2001c. *India : Improving Household Food and Nutrition Security : Achievements and Challenges Ahead.* Report 20300-IN. Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2002a. *Poverty and Nutrition in Bolivia.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2002b. *Implementation Completion Report. People's Republic of Bangladesh : Integrated Nutrition Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2002c. *School Health at a Glance.* Washington, D.C. : World Bank HNP at a Glance Series.

———. 2004. *Implementation Completion Report. Republic of Indonesia : Intensified Iodine Deficiency Control Project.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2005a. *World Development Indicators.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2005b. *Global Monitoring Report 2005.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2005c. *Maintaining Momentum toward the MDGs – An Impact Evaluation of Interventions to Improve Maternal and Child Health and Nutrition Outcomes in Bangladesh.* Operations Evaluation Department (OED). Washington, D.C. : Banque mondiale.

Barker, David J.P. 2002. « Fetal Programming of Coronary Heart Disease », *Trends in Endocrinology and Metabolism,* 13 (9) : 364-368.

———. 2004. « The Developmental Origins of Well-Being », *Philosophical Transactions of the Royal Society of London.* Series B, Biological Sciences. 3591449 : 1359-1366.

Barker, David J.P., Johan G. Eriksson, T. Forsén et Clive Osmond. 2002. « Fetal Origins of Adult Disease : Strength of Effects and Biological Basis », *International Journal of Epidemiology* 31 (6) : 1235-1239.

Barker, David J.P., T.W. Meade, C.H. Fall, A. Lee, C.K. Phipps et Y. Stirling. 1992. « Relation of Fetal and Infant Growth to Plasma Fibrinogen and Factor VII Concentrations in Adult Life », *British Medical Journal* 304 (6820) : 148-152.

Barros, F.C. et J.S. Robinson. 2000. « Addressing low birthweight through interventions in pregnancy ». New York : consultation technique organisée conjointement par le U.S. Department of Agriculture, le Human Development Network de la Banque mondiale et UNICEF.

Beaton, George H., R. Martorell, K.J. Aronson, B. Edmonston, G. McCabe, A.C. Ross et B. Harvey. 1993. « Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries », Genève : Nations Unies, Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition State-of-the-Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper 13.

Behrman, Jere R. et John Hoddinott. 2001. « An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Preschool Child Height », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 104.

Behrman, Jere R. et Mark R. Rosenzweig. 2001. « The Returns to Increasing Body Weight », Philadelphia : Penn Institute for Economic Research, Working Paper 01-052. En ligne : ssrn.com / abstract=297919.

Behrman, Jere R., Harold Alderman et John Hoddinott. 2004. « Nutrition and Hunger », dans *Global Crises, Global Solutions,* éd. Bjorn Lomborg. Cambridge, R.-U. : Cambridge University Press.

Berg, Alan. 1987. *Malnutrition : What Can Be Done? Lessons from World Bank Experience.* Baltimore et Londres : Johns Hopkins University Press et Banque mondiale.

———. 1992. « Sliding toward Nutrition Malpractice : Time to Reconsider and Redeploy », *American Journal of Clinical Nutrition* 57 : 3-7.

Bhagwati, Jagdish, Robert Fogel, Bruno Frey, Justin Yifu Lin, Douglass North, Thomas Schelling *et al*. 2004. « Ranking the Opportunities », dans *Global Crises, Global Solutions*, éd. Bjorn Lomborg. Cambridge, R.-U. : Cambridge University Press.

Bhargava, S.K., H.P.S. Sachdev, C.H. Fall, Clive Osmond, R. Lakshmy, David J.P. Barker *et al*. 2004. « Relation of serial changes in childhood body mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood », *New England Journal of Medicine,* 350 : 865-875.

Bryce, J., C. Boschi-Pinto, K. Shibuya, Robert E. Black et the OMS Child Health Epidemiology Reference Group. 2005. « New WHO Estimates of the Causes of Child Deaths », *Lancet,* 365 : 1147-1152.

Burger, S.E. et Steven A. Esrey. 1995. « Water and Sanitation : Health and Nutrition Benefits to Children », dans *Child Growth and Nutrition in Developing Countries : Priorities for Action,* éd. Per Pinstrup-Andersen, David Pelletier et Harold Alderman, Ithaca (New York) : Cornell University Press.

Caballero, B. 2005. « A nutrition paradox – underweight and obesity in developing countries », *New England Journal of Medicine,* 352 (15) : 1514-1516.

Cairncross, Sandy et Vivian Valdimanis. 2004. « Water Supply, Sanitation, and Hygiene Promotion », Fogarty International Center, Disease Control Priorities Project Working Paper 28. Bethesda (Maryland) : National Institutes of Health. En ligne : www.fic.nih.gov/dcpp.

Caldes, Natalia, David Coady et John A. Maluccio. 2004. « The Cost of Poverty Alleviation Transfer Programs : A Comparative Analysis of Three Programs in Latin America », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 174.

Carroll, Amy, Lisa Craypo et Sarah E. Samuels. 2000. « Evaluating Nutrition and Physical Activity Social Marketing Campaigns : A Review of the Literature for Use in Community Campaigns », A Report to the Center for Advanced Studies of Nutrition and Social Marketing, University of California, Davis.

Caulfield, Laura E., Stephanie A. Richard et Robert E. Black. 2004. « Undernutrition As an Underlying Cause of Malaria Morbidity and Mortality in Children Less Than Five Years Old », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* 71 (Supplement 2) : 55-63.

Caulfield, Laura E., Mercedes de Onis, Monika Blössner et Robert E. Black. 2004a. « Undernutrition As an Underlying Cause of Child Deaths

Associated with Diarrhea, Pneumonia, Malaria, and Measles », *American Journal of Clinical Nutrition*, 80 : 193-198.

Caulfield, Laura E., Stephanie A. Richard, Juan A. Rivera, Philip Musgrove et Robert E. Black. 2004b. « Stunting, Wasting, and Micronutrient Deficiency Disorders », préparé pour le Disease Control Priorities in Developing Countries, 2e édition (DCP2).

Chen, Jun-shi, X. Zhao, X. Zhang, S. Yin, J. Pioa, J. Huo *et al*. 2005. « Studies on the Effectiveness of NaFeEDTA-fortified Soy Sauce for Controlling Iron Deficiency : A Population-Based Intervention Trial », *Food and Nutrition Bulletin*, 26 (2) : 177-186.

Chen et Ravallion. 2004. « How Have the World's Poor Fared since the Early 1980s?« Washington, D.C. : World Bank Research Observer 19 (2).

Chhabra, Ritu et Claudia Rokx. 2004. « The Nutrition MDG Indicator : Interpreting Progress », Washington, D.C. : World Bank HNP Discussion Paper.

Christiaensen, Luc et Harold Alderman. 2004. « Child Malnutrition in Ethiopia : Can Maternal Knowledge Augment the Role of Income?« *Economic Development and Cultural Change*, 52 (2) : 287-312.

Christian, Parul, Subarna K. Khatry, Joanne Katz, Elizabeth K. Pradhan, Steven C. LeClerq, Sharada Ram Shrestha *et al*. 2003. « Effects of Alternative Maternal Micronutrient Supplements on Low Birth Weight in Rural Nepal : Double Blind Randomized Community Trial », *British Medical Journal*, 326 : 571.

Coady, David. 2003. « Alleviating Structural Poverty in Developing Countries : The Approach of PROGRESA in Mexico », Washington, D.C. : IFPRI, IFPRI Perspectives, vol. 23.

Coleman, Karen J. et Eugenia C. Gonzalez. 2001. « Promoting stair use in a U.S.-Mexico border community », *American Journal of Public Health*, 91 : 2007-2009.

Coleman, Karen J., Claire Lola Tiller, Jesus Sanchez, Edward M. Heath, Oumar Sy, George Milliken et David A. Dzewaltowski. 2005. « Prevention of the epidemic increase in child risk of overweight in low-income schools », *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 159 : 217-224.

Coutsoudis Anna, Kubendran Pillay, Elizabeth Spooner, Louise Kuhn et Hoosen M. Coovadia. 1999. « Influence of Infant-Feeding Patterns on Early Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Durban, South Africa : A Prospective Cohort Study », *Lancet*, 354 : 471-476.

Coutsoudis, Anna, François Dabis, Wafaie Fawzi, Philippe Gaillard, Geert Haverkamp, D.R. Harris *et al* et le Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group (BHITS). 2004. « Late Postnatal Transmission of HIV-1 in Breast-Fed Children : An Individual Patient Data Meta-Analysis », *Journal of Infectious Diseases*, 189 (12) : 2154-2166.

Darnton-Hill, I., P. Webb, P.W.J. Harvey *et al*. 2005. « Micronutrient deficiencies and gender : social and economic costs », *Am J Clin Nutr* 81 (S) : 1198S-1205S.

De Onis, Mercedes et Monika Blössner. 2000. « Prevalence and Trends of Overweight among Preschool Children in Developing Countries », *American Journal of Clinical Nutrition,* 72 : 1032-1039.

De Onis, Mercedes, Monika Blössner, Elaine Borghi, Richard Morris et Edward Frongillo. 2004a. « Methodology for estimating regional and global trends of child malnutrition », *International Journal of Epidemiology,* 33 : 1260-1320.

De Onis, Mercedes, Monika Blössner, Elaine Borghi, Edward Frongillo et Richard Morris. 2004b. « Estimates of Global Prevalence of Childhood Underweight in 1990 and 2015 », *Journal of the American Medical Association,* 291 (21) : 2600-2606.

Deitchler, Megan, Ellen Mathys, John Mason, Pattanee Winichagoon et Ma Antonia Tuazon. 2004. « Lessons from Successful Micronutrient Programs. Part II : Program Implementation », *Food and Nutrition Bulletin,* 25 (1) : 30-95.

Delisle, Hélène, V. Chandra-Mouli et Bruno de Benoist. 2000. « Should Adolescents Be Specifically Targeted for Nutrition in Developing Countries : To Address Which Problems, and How ?» OMS / International Nutrition Foundation for Developing Countries. En ligne : www.who.int / child-adolescent-health / New_Publications / NUTRITION / Adolescent_nutrition_paper.pdf.

Diagana, Bocar, Francis Akindes, Kimseyinga Savadogo, Thomas Reardon et John Staatz. 1999. « Effects of the CFA Franc Devaluation on Urban Food Consumption in West Africa : Overview and Cross-Country Comparisons », *Food Policy,* 24 : 465-478.

Dickin, K., M. Griffiths et E. Piwoz. 1997. « Designing by Dialogue : A Program Planners' Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding », Washington, D.C. : Health and Human Resources Analysis Project, The Manoff Group, Support for Analysis and Research in Africa. En ligne : sara.aed.org / publications / child_survival / nutrition / dbyd_feeding / D%20by%20D_Feed%20(full).pdf.

Doak, Colleen M. 2002. « Large-Scale Interventions and Programmes Addressing Nutrition-Related Chronic Diseases and Obesity : Examples from 14 Countries », *Public Health Nutrition,* 5 (1A) : 275-277.

Doak, Colleen M., L.S. Adair, M. Bentley, C. Monteiro et Barry M. Popkin. 2005. « The Dual Burden Household and the Nutrition Transition Paradox », *International Journal of Obesity,* 29 : 129-136.

Dolan, Carmel et F. James Levinson. 2000. « Will We Ever Get Back? The Derailing of Tanzanian Nutrition in the 1990s », Washington, D.C. et

New York : document présenté au World Bank-UNICEF Nutrition Assessment.

Dowda, Marsha, James F. Sallis, Thomas L. McKenzie, Paul Rosengard et Harold W. Kohl III. 2005. « Evaluating the Sustainability of SPARK Physical Education : A Case Study of Translating Research into Practice », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 76 : 11-19.

Elmendorf, Edgard A., Cecilia Cabanero-Verzosa, Michèle Lioy et Kathryn LaRusso. 2005. « Behavior Change Communication for Better Health Outcomes in Africa : Experience and Lessons learned from World Bank Financed Health, Nutrition, and Population Projects », Washington D.C. : Africa Region Human Development Working Paper Series n° 52.

Eriksson, Johan G., T. Forsén, J. Tuomilehto, Clive Osmond et David J.P. Barker. 2001. « Early Growth and Coronary Heart Disease in Later Life : Longitudinal Study », *British Medical Journal*, 322 : 949-953.

Esanu, Cristina et Kathy Lindert. 1996. « An Analysis of Consumer Food Price and Subsidy Policies in Romania », Washington, D.C. : Banque mondiale, ASAL Unit, Roumanie.

Ezzati, Majid, Alan Lopez, Anthony Rodgers, Stephen Vander Hoorn, Christopher Murray, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. « Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease », *Lancet*, 360 (9343) : 1-14.

FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance Project). 2004. « HIV / AIDS : A Guide for Nutritional Care and Support », 2e édition. Food and Nutrition Technical Assistance Project. Washington, D.C. : Academy for Educational Development.

FAO. Base de données statistiques. 2005. Mise à jour le 22 août 2004. http : / / faostat.fao.org / faostat / collections?subset=nutrition.

Fawzi, Waifaie, Gernard Msamanga, Donna Spiegelman et David J. Hunter. 2005. « Studies of Vitamins and Minerals and HIV Transmission and Disease Progression », *Journal of Nutrition*, 135 : 938-944.

Fawzi, Waifaie, Gernard Msamanga, Donna Spiegelman, R. Wei, S. Kapiga, E. Villamor *et al*. 2004. « A Randomized Trial of Multivitamin Supplements and HIV Disease Progression and Mortality », *New England Journal of Medicine*, 351 : 23-32.

Fernald, Lia. 2005. « Obesity and Chronic Disease in the Developing World », Washington, D.C. : World Bank Background Paper.

Fewtrell, L. et J. Colford. 2004. « Water, Sanitation and Hygiene Interventions, and Diarrhoea : A Systematic Review and Meta-Analysis », Washington D.C. : World Bank Health, Nutrition, and Population Discussion Paper.

Fiedler, John L. 2000. « The Nepal National Vitamin A Program : Prototype to Emulate or Donor Enclave?« Health Policy and Planning, 15 (2) : 145-156.

———. 2003. « A Cost Analysis of the Honduras Community-Based, Integrated Child Care Program (Atención Integral a la

Niñez–Comunitaria, AIN-C). Washington, D.C. : World Bank HNP Discussion Paper.
Fiedler, John L., D.R. Dado, H. Maglalang, N. Juban, M. Capistrano et M.V. Magpantay. 2000. « Cost Analysis As a Vitamin A Program Design and Evaluation Tool : A Case Study of the Philippines », *Social Science and Medicine,* 51 : 223-242.
Galloway, Rae. 2003. « Anemia Prevention and Control : What Works », projet conjoint du FAO, du Micronutrient Initiative, du Pan American Health Organization, de l'UNICEF, du U.S. Agency for International Development, de la Banque mondiale et de l'OMS.
Gastein Opinion Group. 2002. « Health at the Heart of CAP : Health and Common Agricultural Policy Reform Opinion and Proposals of an Expert Working Group », Gastein, Autriche : European Health Policy Forum.
Gertler, Paul. 2000. « Final Report : The Impact of PROGRESA on Health », Washington, D.C. : IFPRI, Food Consumption and Nutrition Division. Available at www.ifpri.org / themes / progresa / pdf / Gertler_health.pdf.
Gillespie, Stuart R. 2001. « Strengthening Capacity to Improve Nutrition », Washington, D.C. : IFPRI, FCND Discussion Paper 106.
———. 2004. « Scaling Up Community Driven Development : A Synthesis of Experience », Washington, D.C. : World Bank Social Development Paper 69.
Gillespie, Stuart R. 2002 « Nutrition in Transition », Washington D.C. : IFPRI, New and Noteworthy in Nutrition Issue n° 36 : 7.
Gillespie, Stuart R. et Lawrence Haddad. 2003. « The Relationship between Nutrition and the Millennium Development Goals : A Strategic Review of the Scope for DFID's Influencing Role », Londres : DFID.
Gillespie, Stuart R. et Suneetha Kadiyala. 2005. « HIV / AIDS and Food and Nutrition Security : From Evidence to Action », Washington, D.C. : IFPRI, Food Policy Review n° 7.
Gillespie, Stuart R., John Mason et Reynaldo Martorell. 1996. « How Nutrition Improves », Genève : Nations Unies, Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition State-of-the-Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper 15.
Gillespie, Stuart R., Milla McLachlan et Roger Shrimpton, éds. 2003. *Combating Malnutrition : Time to Act.* Health, Nutrition, and Human Development Series. Washington, D.C. : Banque mondiale.
Gragnolati, Michele, M. Shekar, M. Dasgupta, C. Bredenkamp et Y.K. Lee. (À paraître). *The Challenge of Persistent Child Undernutrition in India and the Role of the ICDS Program.* Washington, D.C. : Banque mondiale.
Grantham-McGregor, Sally, Lia Fernald et K. Sethurahman. 1999. « Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life », Food and Nutrition Bulletin 20 (1) : 53-99.

Griffiths, M. et J.S. McGuire. « A New Dimension for Health Reform : The Integrated Community Child Health Program in Honduras », 2005. Dans *Health System Innovations in Central America : Lessons and Impact of New Approaches*, éd. Gerard La Forgia. Washington, D.C. : World Bank Working Paper 57.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, E.A. Suliman et A. Wagstaff. 2003. *Initial Country-Level Information about Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population.* 2e édition. Washington, D.C. : Banque mondiale.

Habicht, Jean-Pierre, C.G. Victora et J.P. Vaughan. 1999. « Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility, and Probability of Public Health Programme Performance and Impact », *International Journal of Epidemiology*, 28 : 10-18.

Haddad, Lawrence. 2003. « Redirecting the Nutrition Transition : What Can Food Policy Do ? » dans « Food Policy Options : Preventing and Controlling Nutrition-Related Noncommunicable Diseases », WHO and World Bank HNP Discussion Paper, Washington, D.C. : Banque mondiale.

Haddad, Lawrence et Lisa C. Smith. 1999. « Explaining Child Malnutrition in Developing Countries : A Cross-Country Analysis », Washington, D.C. : IFPRI Discussion Paper 60.

Haddad, Lawrence, Christine Pena, Chiruzu Nishida, Agnes Quisumbing et Alison Slack. 1996. « Food Security and Nutrition Implications of Intrahousehold Bias : A Review of Literature », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 19.

Haddad, Lawrence, Harold Alderman, Simon Appleton, Lina Song et Yisehac Yohannes. 2002. « Reducing Child Undernutrition : How Far Does Income Growth Take Us ? », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 137.

Haddad, Lawrence, Saroj Bhattarai, Maarten Immink, Shubh Kuman et Alison Slack. 1995. « More Than Food Is Needed to Achieve Good Nutrition by 2020 », Washington, D.C. : IFPRI 2020 Vision Brief 25.

Handa, Sudhanshu et Mari-Carmen Huerta. 2004. « Using Clinic-Based Data to Estimate the Impact of a Nutrition Intervention », www.unc.edu/ ~shanda/research/ Handa_Huerta_Program_Bias_V1.pdf.

Hawkes, Corinna, Cara Eckhardt, Marie T. Ruel et Nicholas Minot. 2005. « Diet Quality, Poverty, and Food Policy : A New Research Agenda for Obesity Prevention in Developing Countries », SCN News, 29 : 20-22, numéro spécial : *Overweight and obesity : a new nutrition emergency?*

Heaver, Richard. 2002. « Improving Nutrition : Issues in Management and Capacity Development », Washington, D.C. : World Bank Health, Nutrition, and Population Discussion Paper.

———. 2003a. « India's Tamil Nadu Nutrition Program : Lessons and Issues in Management and Capacity Development », Washington, D.C. : World Bank Health, Nutrition, and Population Discussion Paper.

———. 2003b. « Nutrition and Community-Driven Development : Opportunities and Risks », Washington, D.C. : World Bank Social Development Notes 89.

———. 2005a. « Good Work – But Not Enough of It : A Review of the World Bank's Experience in Nutrition », Washington, D.C. : Banque mondiale.

———. 2005b. « Strengthening Country Commitment to Human Development : Lessons from Nutrition », Washington, D.C. : World Bank Directions in Development Series.

Heaver, Richard et Yongyout Kachondam. 2002. « Thailand's National Nutrition Program : Lessons in Management and Capacity Development », Washington, D.C. : World Bank HNP Discussion Paper.

Hendricks, Michael, Romy Saitowitz et John Fiedler. 1998. « An Economic Analysis of Vitamin A Interventions in South Africa », Child Health Unit, University of Cape Town.

Hill, Zelee, Betty Kirkwood et Karen Edmond. 2004. « Family and Community Practices That Promote Child Survival, Growth, and Development : A Review of the Evidence », Genève : OMS.

Ho, T.J. 1985. « Economic Issues in Assessing Nutrition Projects : Costs, Affordability, and Cost Effectiveness », Washington, D.C. : World Bank PHN Technical Note 85-14.

Hoddinott, John et Emmanual Skoufias. 2003. « The Impact of PROGRESA on Food Consumption », Washington D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 150.

Honorati, M., J. Armstrong Schellenberg, H. Mshinda, M. Shekar, J.K.L. Mugyabuso, G.D. Ndossi et D. de Savigny. (À paraître). « Vitamin A Supplementation in Tanzania : The Impact of a Change in Programmatic Delivery Strategy on Coverage ».

Horton, Susan. 1993. « Cost Analysis of Feeding and Food Subsidy Programmes », *Food Policy,* 18 (3) : 192-199.

———. 1999. « The Economics of Nutritional Interventions », dans *Nutrition and Health in Developing Countries,* éd. Richard D. Semba et Martin W. Bloem. Totowa (New Jersey) : Humana Press, Inc.

Horton, Susan et J. Ross. 2003. « The Economics of Iron Deficiency », *Food Policy,* 28 (1) : 51-75.

Horton, Susan, Tina Sanghvi, Margaret Phillips, John Fiedler, Rafael Perez-Escamilla, Chessa Lutter, Ada Rivera et A.M. Segall-Correa. 1996. « Breastfeeding Promotion and Priority Setting in Health », *Health Policy Planning* 11 (2) : 156-168.

Hunt, J.M. 2005. « The Potential Impact of Reducing Global Malnutrition on Poverty Reduction and Economic Development », Asia Pac J Clin Nutr 14 (S) : 10-38.

Hunt, Joseph Michael M. et M.G. Quibria. 1999. « Investing in Child Nutrition in Asia », Manille : Asian Development Bank et UNICEF, ADB Nutrition and Development Series 1.

Iannotti, Lora et Stuart Gillespie. 2002. *Successful Community Nutrition Programming : Lessons from Kenya, Tanzania, and Uganda.* New York : UNICEF.

Iliadou, Anastasia, Sven Cnattingius et P. Lichtenstein. 2004. « Low Birthweight and Type 2 Diabetes : A Study on 11,162 Swedish Twins », *International Journal of Epidemiology,* 33 (5) : 948-953.

Iliff, Peter J., Ellen G. Piwoz, Naume V. Tavengwa, Clare D. Zunguza, Edmore T. Marinda, Kusum J. Nathoo *et al*. 2005. « Early Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Postnatal HIV-1 Transmission and Increases HIV-Free Survival », *AIDS,* 19 (7) : 699-708.

IASO (International Association for the Study of Obesity). 2004. *Global obesity epidemic putting brakes on economic development.* En ligne : www.iotf.org / media / releaseoct28.htm.

IFPRI. 2003. « Going after the Agriculture-Nutrition Advantage », *IFPRI Forum,* septembre.

International Obesity Task Force. 2003. International Obesity Task Force Press Statement. En ligne : www.iotf.org / media / iotfaug25.htm.

Jennings, J., Stuart Gillespie, J. Mason, Mashed Lotfi et T. Scialfa. 1991. *Managing Successful Nutrition Programs.* Genève : Nations Unies, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition, Nutrition Policy Discussion Paper 8.

Johnston, Timothy et Susan Stout. 1999. *Investing in Health : Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector.* Washington, D.C. : World Bank Operations Evaluation Department Report.

Jolly, R. 1996. Kenya : Our Planet : Poverty, Health, and the Environment. *Nutrition.* UNEP. En ligne : www.ourplanet.com / imgversn / 122 / jolly.html.

Jones, Gareth, Richard W. Steketee, Robert E. Black, Zulfiqar A. Bhutta, Saul S. Morris et the Bellagio Child Survival Study Group. 2003. « How Many Child Deaths Can We Prevent This Year ? » *Lancet,* 362 : 65-71.

Jonsson, Urban. 1997. « Success Factors in Community-Based Nutrition-Oriented Programmes and Projects », dans *Malnutrition in South Asia : A Regional Profile,* éd. Stuart Gillespie. Katmandu (Népal) : UNICEF Regional Office for South Asia.

Kahn, Emily B., Leigh T. Ramsey, Ross C. Brownson, Gregory W. Heath, Elizabeth H. Howze, Kenneth E. Powell *et al*. 2002. « The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity : A Systematic Review », *American Journal of Preventive Medicine,* 22 (4S) : 73-107.

Kimm, Sue. 2004. « Fetal Origins of Adult Disease : The Barker Hypothesis Revisited – 2004 », *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes,* 11 (4) : 192-196.

Lee, Min-June, B.M. Popkin et S. Kim. 2002. « The Unique Aspects of the Nutrition Transition in South Korea : The Retention of Healthful Elements in Their Traditional Diet », *Public Health Nutrition,* 5 (1a) : 197-203.

Leith, Jennifer, Catherine Porter, SMERU Institute et Peter Warr. 2003. Indonesia Rice Tariff Reform. En ligne : web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPSIA/0,,contentMDK:20490211~menuPK:1108036~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:490130,00.html.

Levinson, James. 2002. « Searching for a Home : The Institutionalization Issue in International Nutrition », Washington, D.C. et New York : World Bank and UNICEF Nutrition Assessment Background Paper.

Maluccio, John A. et Rafael Flores. 2004. « Impact Evaluation of a Conditional Cash Transfer Program : The Nicaraguan *Red de Protección Social* », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 184.

Mannar, Venkatest et Erick Boy Gallego. 2002. « Iron Fortification : Country Level Experiences and Lessons Learned », *Journal of Nutrition,* 132 : 856S-858S.

Mannar, Venkatest et R. Shankar. 2004. « Micronutrient Fortification of Foods – Rationale, Application, and Impact », *Indian Journal of Pediatrics,* 71 : 997-1002.

Manoff International, Inc. 1984. *Nutrition Communication and Behavior Change Component : Indonesian Nutrition Development Program. Volume IV : Household Evaluation.* New York : Manoff International, Inc.

Marsh, David R. et David G. Schroeder, éds. 2002. « The Positive Deviance Approach to Improve Health Outcomes : Experience and Evidence from the Field », *Food and Nutrition Bulletin,* 23 (4, Supplement) : 3-6.

Martorell, Reynaldo, K.L. Khan et Dirk Schroeder. 1994. « Reversibility of Stunting : Epidemiological Findings in Children from Developing Countries », *European Journal of Clinical Nutrition* 48 (Supplement) : S45-S57.

Mason, John B., Joseph Hunt, David Parker et Urban Jonsson. 2001. « Improving Child Nutrition in Asia », Manille : Asian Development Bank. ADB Nutrition and Development Series 3.

Mason, John B., Philip Musgrove et Jean-Pierre Habicht. 2003. « At Least One-Third of Poor Countries' Disease Burden Is Due to Malnutrition », Bethesda, MD : National Institutes of Health, Fogarty International Center, Disease Control Priorities Project Working Paper 1.

Mason, John B., R. Galloway, J. Martines, Philip Musgrove et D. Sanders. (À paraître). « Community Health and Nutrition Programs », dans *Disease Control Priorities in Developing Countries,* éd. Dean Jamison, George Alleyne, Joel Breman, Mariam Claeson, David Evans, Prabhat Jha *et al*. 2[e] édition. Oxford et New York : Oxford University Press et Banque mondiale.

Matsudo, S., D. Andrade, T. Araujo, E. Andrade, L.C. de Oliveira, G. Braggion et S. Matsudo. 2002. « Promotion of Physical Activity in a Developing Country : The Agita Sao Paulo Experience. *Public Health Nutrition,* 5 (1A) : 253-261.

Matta, Nadim, Ronald Ashkenas et Jean-François Rischard. 2000. *Building Client Capacity through Results.* Washington, D.C. : Banque mondiale, rapport interne.

Matte, Thomas D., Michaeline Bresnahan, Melissas Begg et Ezra Susser. 2001. « Influence of Variation in Birth Weight within Normal Range and within Sibships on IQ at Age 7 Years : Cohort Study », *British Medical Journal,* 323 (7308) : 310-314.

Miura, Katsuyuki, H. Nakagawa, M. Tabata, Y. Morikawa, M. Nishijo et S. Kagamimori. 2001. « Birth Weight, Childhood Growth, and Cardiovascular Disease Risk Factors in Japanese Aged 20 Years », *American Journal of Epidemiology,* 153 (8) : 783-789.

Monteiro, Carlos A., Wolney L. Conde, B. Lu et Barry M. Popkin. 2004. « Obesity and Inequities in Health in the Developing World », *International Journal of Obesity,* 28 : 1181-1186.

Mora, José O. et Josefina Bonilla. 2002. « Successful Vitamin A Supplementation in Nicaragua », Basel (Suisse) : MOST (United States Agency for International Development Micronutrient Program) Newsletter 3.

Morris, Saul, Pedro Olinto, Rafael Flores, Eduardo A.F. Nilson et Ana C. Figueiro. 2004. « Conditional Cash Transfers Are Associated with a Small Reduction in the Rate of Weight Gain of Preschool Children in Northeast Brazil », *Journal of Nutrition,* 134 (9) : 2336-2342.

Neiman, Andrea B. et Enrique R. Jacoby. 2003. « The First 'Award to Active Cities Contest' for the Region of the Americas », *Revista Panamericana de Salud Pública,* 14 (4) : 277-280.

NIHCM (National Institute for Health Care Management). 2003. « Childhood Obesity : Advancing Effective Prevention and Treatment : An Overview for Health Professionals », Washington D.C. : préparé pour le National Institute for Health Care Management Foundation Forum.

Nugent, Rachel. 2004. « Food and Agriculture Policy : Issues Related to Prevention of Noncommunicable Diseases », *Food and Nutrition Bulletin,* 25 (2) : 200-207.

Orbach, Eliezer et Gedion Nkojo. 1999. « Assessing the Treatment of Capacity in Africa Region Projects », Washington D.C. : Banque mondiale.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 1995. *Physical Status : The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee.* Genève : WHO Technical Report Series 845.

———. 2000a. *Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic.* Genève : WHO Obesity Technical Report Series 894.

———. 2000b. *The Management of Nutrition in Major Emergencies.* Genève : OMS.
———. 2001. *Diet, Physical Activity, and Health.* EB109 / 14. Genève : OMS.
———. 2002. *World Health Report 2002 : Reducing Risks, Promoting Healthy Life.* Genève : OMS.
———. 2004. *Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health.* Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57.17. Genève : OMS. En ligne : www.who.int / gb / ebwha / pdf_files / WHA57 / A57_R17-en.pdf.
———. 2005a. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.* En ligne : www.who.int / dietphysicalactivityen.
———. 2005b. Obesity and Overweight. En ligne : www.who.int / diet physicalactivity / publications / facts / obesity / en / .
———. 2005c. Nutrition and HIV / AIDS : Report by the Secretariat. EB115 / 12. En ligne : www.who.int / gb / ebwha / pdf_files / EB116 / B116_12-en.pdf.
Osrin, David, Anjana Vaidya, Yagya Shrestha, Ram Bahadur Baniya, Dharma Sharna Manandhar, Ramesh K. Adhikari *et al*. 2005. « Effects of Antenatal Multiple Micronutrient Supplementation on Birthweight and Gestational Duration in Nepal : Double-Blind, Randomized Controlled Trial », *Lancet,* 365 : 955-962.
Panneth, N. et Susser M. 1995. « Early origin of coronary heart disease (the 'Barker hypothesis') », BMJ, 310 : 411-412.
Pelletier, David L., Edward Frongillo et Jean-Pierre Habicht. 1994. « Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality », *American Journal of Public Health,* 83 (8) : 1130-1133.
Pelletier, David L., Kassahun Deneke, Yemane Kidane, Beyenne Haile et Fikre Negussie. 1995. « The Food-First Bias and Nutrition Policy : Lessons from Ethiopia », *Food Policy,* 20 (4) : 279-298.
Pelletier, David L., M. Shekar et L. Du. (À paraître). « Bangladesh Integrated Nutrition Project : Effectiveness and Lessons », South Asia Region Human Development, and Human Development Network, Banque mondiale.
Pollitt, Ernesto. 1990. *Malnutrition and Infection in the Classroom.* Paris : UNESCO.
Popkin, Barry M., Susan Horton et Soowon Kim. 2001. « The Nutritional Transition and Diet-Related Chronic Diseases in Asia : Implications for Prevention », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 105.
Prentice, Andrew M. 2003. « Intrauterine Factors, Adiposity, and Hyperinsulinaemia », *British Medical Journal,* 327 : 880-881.
Puska, Pekka, E. Vartiainen, J. Tuomilehto, V. Salomaa et A. Nissinen. 1998. « Changes in Premature Deaths in Finland : Successful Long-Term Prevention of Cardiovascular Diseases », *Bulletin of the World Health Organization,* 76 (4) : 419-425.
Puska, Pekka, Pirjo Pietinen et Ulla Uusitalo. 2002. « Influencing Public Nutrition for Noncommunicable Disease Prevention : From Community

Intervention to National Programme – Experiences from Finland », *Public Health Nutrition*, 5 (1A) : 245-251.

Quisumbing, Agnes R. 2003. « Food Aid and Child Nutrition in Rural Ethiopia », Washington, D.C. : IFPRI FCND Discussion Paper 158.

Radhakrishna, R. et K. Subbarao. 1997. *India's Public Distribution System : A National and International Perspective.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

Ranatunga, P. 2000. *A Government/Non-Government Collaboration in Poverty Alleviation – with a Nutrition Entry.* Compte d'auteur.

Ravelli, Anita C.J., Jan H.P. van der Meulen, Clive Osmond, David J.P. Barker et Otto P. Bleker. 1999. « Obesity at the Age of 50 Years in Men and Women Exposed to Famine Prenatally », *American Journal of Clinical Nutrition*, 70 : 811-816.

Ravelli, Anita C.J., Jan H.P. van der Meulen, R.P.J. Michels, Clive Osmond, David J.P. Barker, C.N. Hales et Otto P. Bleker. 1998. « Glucose Tolerance in Adults after Prenatal Exposure to the Dutch Famine », *Lancet*, 351 : 173-177.

Ravelli, G.P., Z.A. Steing, M.W. Susser. 1976. « Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy », *New England Journal of Medicine*, 295 : 349-353.

Rawlings, Laura B. 2004. « A New Approach to Social Assistance : Latin America's Experience with Conditional Cash Transfer Programs », Washington, D.C. : World Bank Social Protection Discussion Paper 416.

Reinikka, Ritva et Jakob Svensson. 2004. « Local Capture : Evidence from a Central Government Transfer Program in Uganda », *Quarterly Journal of Economics*, 119 (2) : 679-705.

République de l'Ouganda (ministère de la Santé). 2004. *Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda Guidelines for Service Providers.* Kampala : STD / AIDS Control Program.

Richards, Marcus, Rebecca Hardy, Diana Kuh et Michael E.J. Wadsworth. 2001. « Birth Weight and Cognitive Function in the British 1946 Birth Cohort : Longitudinal Population Based Study », *British Medical Journal*, 322 : 199-203.

———. 2002. « Birthweight, Postnatal Growth, and Cognitive Function in a National UK Birth Cohort », *International Journal of Epidemiology*, 31 : 342-348.

Rivera, Juan A., Daniela Sotres-Alvarez, Jean-Pierre Habicht, Teresa Shamah et Salvador Villalpando. 2004. « Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (PROGRESA) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children : A Randomized Effectiveness Study », *Journal of the American Medical Association*, 29121 : 2563-2641.

Rogers, Beatrice Lorge et Jennifer Coates. 2002. « Food-Based Safety Nets and Related Programs », Washington, D.C. : World Bank Social Protection Discussion Paper 0223.

Rokx, Claudia. 2000. « Who Should Implement Nutrition Interventions? » Washington, D.C. : World Bank HNP Discussion Paper.

Roseboom, T.J., J.H. van der Meulen, C. Osmond, D.J. Barker *et al*. 2000. « Coronary Heart Disease after Prenatal Exposure to the Dutch Famine, 1944-45 », *Heart*, 84 (6) : 595-598.

Ross, Jay S. et Miriam H. Labbok. 2004. « Modeling the Effects of Different Infant Feeding Strategies on Infant Survival and Mother-to-Child Transmission of HIV », *American Journal of Public Health*, 94 (7) : 1174-1180.

Sanghvi, Tina, Serigne Diene, John Murray, Rae Galloway et Ciro Franco. 2003 (rév.). « Program Review of Essential Nutrition Actions : Checklist for District Health Services », Arlington (Virginie) : publié pour le compte de la U.S. Agency for International Development par le projet BASICS II.

Sari, Mayang, Martin W. Bloem, Saskia de Pee, Werner J. Schultink et Soemilah Sastroamidjojo. 2001. « Effect of Iron Fortified Candies on the Iron Status of Children Aged 4-6 Years in East Jakarta, Indonesia », *American Journal of Clinical Nutrition*, 73 : 1034-1039.

SCN (United Nations Standing Committee on Nutrition). 2004. *Fifth Report on the World Nutrition Situation : Nutrition for Improved Development Outcomes*. Genève : SCN.

Serlemitsos, John A. et Harmony Fusco. 2001. « Vitamin A Fortification of Sugar in Zambia, 1998-2001 », Washington, D.C. : The Most Project. En ligne : www.mostproject.org.

Shekar, Meera et Y-K. Lee. 2005. « Mainstreaming Nutrition in the Context of the World Bank's Poverty Reduction Strategies. What Does It Take? » Washington, D.C. : Banque mondiale.

Shekar, Meera, Mercedes de Onis, Monika Blössner et Glaine Borghi. 2004. « Will Asia Meet the Nutrition Millennium Development Goal? And If It Does, Will It Be Enough? », Department of Nutrition for Health and Development, OMS. Note interne.

Shrimpton, Roger, Cesar G. Victora, Mercedes de Onis, Rosângela Costa Lima, Monika Blössner et Graeme Clugston. 2001. « The Worldwide Timing of Growth Faltering : Implications for Nutritional Interventions », *Pediatrics*, 107 : e75.

Smith, Lisa C. et Lawrence Haddad. 2000. « Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries : Past Achievements and Future Choices », Washington, D.C. : IFPRI, Food, Agriculture, and the Environment Discussion Paper 30.

Smith, Lisa C., Harold Alderman et Dede Aduayom. 2005. « Food Insecurity in Sub-Saharan Africa : New Estimates from Household Expenditure Surveys », document préliminaire. Washington, D.C. : IFPRI.

Smith, Lisa C., Usha Ramakrishnan, Aida Ndiaye, Lawrence Haddad et Reynaldo Martorell. 2003. « The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries », Washington, D.C. : IFPRI Research Report 131.

Sothern, Melinda, H. Schumacher, T. von Almen, L. Carlisle et J.N. Udall Jr. 2002. « Committed to Kids : An Integrated, Four Level Team Approach to Weight Management in Adolescents », *Journal of the American Dietetic Association,* 102 (3) : S81-S85.

Sothern, Melinda S., J.N. Udall Jr., R. Suskind, A. Vargas et U. Blecker. 2000. « Weight Loss and Growth Velocity in Obese Children after Very Low Calorie Diet, Exercise, and Behavior Modification », *Acta Paediatrica,* 89 (9) : 1036-1043.

Strauss, John et Duncan Thomas. 1998. « Health, Nutrition, and Economic Development », *Journal of Economic Literature,* 36 (2) : 766-817.

te Velde, Saskia J., Jos W.R. Twisk, Willem Van Mechelen et Han C.G. Kemper. 2003. « Birth Weight, Adult Body Composition, and Subcutaneous Fat Distribution », *Obesity Research,* 11 (2) : 202-208.

Tennyson, Ros. 2003. *The Partnering Toolbook.* Londres et Genève : The International Business Leaders Forum (IBLF) and the Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN).

Timmer, C. Peter, Walter P. Falcon et Scott R. Pearson. 1983. *Food Policy Analysis.* Baltimore (Maryland) : Johns Hopkins University Press.

Toh, C.M., S.K. Chew et C.C. Tan. 2002. « Prevention and Control of Non-communicable Diseases in Singapore : A Review of National Health Promotion Programmes », *Singapore Medical Journal,* 43 (7) : 333-339.

Tontsirin, Kraisid et Pattanee Winichagoon. 1999. « Community-Based Programmes : Success Factors for Public Nutrition derived from Experience of Thailand », *Food and Nutrition Bulletin,* 20 (3) : 315-322.

Tontsirin, Kraisid et Stuart Gillespie. 1999. « Linking Community-Based Programs and Service Delivery for Improving Maternal and Child Nutrition », *Asian Development Review,* 17 (1, 2) : 33-64.

Troutt, David Dante. 1993. *The Thin Red Line : How the Poor Still Pay More.* San Francisco : West Coast Regional Office, Consumers Union of the United States, Inc.

Tuck, Laura et Kathy Lindert. 1996. « From Universal Food Subsidies to a Self-Targeted Program : A Case Study in Tunisian Reform », Washington, D.C. : World Bank Discussion Paper 351.

UNICEF. 1990. *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. A UNICEF Policy Review.* New York : UNICEF.

UNICEF et MI (Micronutrient Initiative). 2004a. *Vitamin and Mineral Deficiency : A Global Damage Assessment Report.* En ligne : www.unicef.org/media/files/davos_micronutrient.pdf.

UNICEF et MI. 2004b. *Vitamin and Mineral Deficiency : A Global Progress Report.* En ligne : www.micronutrient.org/reports/reports/Full_e.pdf.

UNICEF et OMS. 2004. *Low Birth Weight : Country, Regional, and Global Estimates.* New York : UNICEF.

Van Roekel, Karen, Beth Plowman, Marcia Griffiths, Victorio Vivas de Alvarado, J. Matute et M. Calderon. 2002. *BASICS II Midterm Evaluation of the AIN Program in Honduras, 2000.* Publié par BASICS II pour le compte du United States Agency for International Development.

Von Braun, Joachim. 1995. « Agricultural Commercialization : Impacts on Income and Nutrition and Implications for Policy », *Food Policy,* 20 (3) : 187-202.

Vor der Bruegge, Ellen, Joan E. Dickey et Christopher Dunford. 1997 (mise à jour 1999). *Cost of Education in the Freedom from Hunger Version of Credit with Education.* Davis (Californie) : Freedom from Hunger Research Paper 6.

Wagstaff, Adam et Naoko Watanabe. 2001. *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World.* Washington, D.C. : Banque mondiale.

Yamano, Takashi, Harold Alderman et Luc Christiaensen. 2005. « Child Growth, Shocks, and Food Aid in Rural Ethiopia », *American Journal of Agricultural Economics,* 87 (2) : 273-288.

Zatonski, Witold A., Anthony J. McMichael et John W. Powles. 1998. « Ecological Study of Reasons for Sharp Decline in Mortality from Ischaemic Heart Disease in Poland Since 1991 », *British Medical Journal,* 316 : 1047-1051.

Zeitlin, Marian F., Hossein Ghassemi et Mohamed Mansour. 1990. Positive Deviance in Child Nutrition. Tokyo : Université des Nations Unies.

Zhao, Mingfang, Xiao Ou Shu, Fan Jin, Gong Yang, Hong-Lan Li, Da-Ke Liu et Wanqing Wen. 2002. « Birthweight, Childhood Growth, and Hypertension in Adulthood », *International Journal of Epidemiology,* 31 : 1043-1051.

Zilberman, David. 2005. « Bringing Health into Agricultural Policy », présenté au colloque de la International Health Economics Association. Barcelone, Espagne, 10-13 juillet.

Zlotkin, Stanley H., Claudia Schauer, Anna Christofides, Waseem Sharieff, Mélody C. Tondeur et S.M. Ziauddin Hyder. 2005. « Micronutrient Sprinkles to Control Childhood Anaemia », *PLoS Medicine,* 2 (1) : e1.

Index

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Z